

RAPPORT ANNUEL DE GESTION

2013-2014



Centre de santé et de services sociaux
de Témiscouata

CSSS de Témiscouata
58, rue de l'Église
Témiscouata-sur-le-Lac (Qc)
G0L 1X0
Téléphone : 418 899-6751
Télécopieur : 418 899-2809
www.cssstemiscouata.ca

Rapport annuel de gestion 2013-2014
Centre de santé et de services sociaux de Témiscouata

Adopté par les membres du conseil d'administration,
Le 10 juin 2014

Table des matières

Message de la présidente et de la directrice générale	4
Déclarations	5
Déclaration de fiabilité des données contenues dans le rapport annuel de gestion de l'établissement et des contrôles afférents.....	5
Rapport de la direction	5
Présentation de l'établissement	6
ORGANIGRAMME	9
Caractéristiques de la population et données de santé	10
Activités de l'établissement	12
Description des services offerts	12
Les résultats au regard du plan stratégique et de l'entente de gestion et d'imputabilité	13
Réalizations et enjeux par direction	13
Résultats au regard de l'entente de gestion et d'imputabilité.....	21
Loi visant le retour à l'équilibre budgétaire en 2013-2014 et la réduction de la dette.....	22
L'Agrément	23
Sécurité des soins et services	24
Rapport du commissaire local aux plaintes et à la qualité des services.....	25
Évaluation de la satisfaction de la clientèle.....	26
Conseils ou comités de l'établissement créés en vertu de la Loi	27
Membres du conseil d'administration	27
Les Comités	27
Comité exécutif du conseil des infirmières et infirmiers	28
Comité exécutif du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens.....	29
Comité Paraclinique.....	31
Comité exécutif du conseil multidisciplinaire.....	32
Comité des usagers	34
Comité de vigilance et de la qualité	35
Comité de vérification	36
Comité des ressources humaines.....	37
Comité de gouvernance et d'éthique.....	38
Unité de coordination en éthique (UCE)	39
Gestion des risques.....	40
Comité de prévention et contrôle des infections nosocomiales	41
Ressources humaines de l'établissement	42
États financiers et analyse des résultats des opérations.....	43
RAPPORT STATISTIQUE	44
État du suivi des réserves, commentaires et observations formulés par l'auditeur indépendant	46
Code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration	48
Fondation du CSSS de Témiscouata.....	56
Annexe A.....	58
Résultat au regard de l'entente de gestion et d'imputabilité 2013-2014	58
Annexe B.....	65
Rapport de l'auditeur indépendant.....	65

Message de la présidente et de la directrice générale

Le conseil d'administration et la direction générale sont fiers de vous présenter les résultats de leur dernière année de travail.

La qualité des services offerts à la clientèle demeure une préoccupation constante dans l'établissement. Au cours de cette année, nous avons reçu la visite d'Agrément Canada. Nous avons eu la satisfaction d'obtenir un très bon niveau de conformité aux normes et une décision positive d'agrément. Pour maintenir notre statut d'agrément, nous avons dû effectuer un certain nombre de suivis pour octobre 2013 et d'autres seront à compléter pour octobre 2014.

Ce portrait nous a permis de mesurer tout le chemin parcouru dans l'amélioration continue de la qualité et l'actualisation des pratiques organisationnelles requises. Le bilan est très positif et constitue une base solide pour poursuivre nos efforts à ce niveau.

En octobre 2013, nous avons aussi reçu l'équipe de représentants du ministère de la Santé et des Services sociaux pour la visite d'appréciation dans nos trois centres d'hébergement. Ces visites s'effectuent aux deux ans et nous sont annoncées 24 heures à l'avance. Le bilan de ces visites a démontré une amélioration sensible en regard des visites précédentes. L'équipe a produit un plan de travail et poursuit son excellent travail d'amélioration aux bénéfices des résidents de nos centres d'hébergement.

L'année 2013-2014 a aussi amené son lot de défis pour l'équipe de direction. L'absence d'un directeur des services professionnels et la vacance de près de six mois au poste de directeur des services financiers, techniques et informationnels a été supporté par l'équipe de direction, avec l'ajout d'une ressource à temps partiel dans l'équipe des services financiers. En effet, l'équipe des gestionnaires, même à effectif réduit, a assuré en plus de la gestion quotidienne, la conception, la mise en place et la supervision de tous les projets spéciaux et toutes les actions en lien avec la poursuite de l'équilibre budgétaire. Les actions de l'équipe de direction ont aussi porté sur l'augmentation de la rigueur et de la cohérence dans les différentes activités de gestion.

Encore cette année, des efforts considérables ont été déployés pour atteindre l'équilibre budgétaire compte tenu d'une situation financière très fragile. Malgré des résultats quand même remarquables dans les circonstances et une aide récurrente de

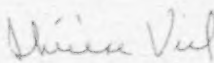
l'Agence en vertu de l'équité intrarégionale, l'équilibre n'a pu être atteint. Le travail a porté sur l'identification et l'actualisation de mesures d'économies et sur une analyse de la performance. Certains centres d'activité nous apparaissent plus porteur d'économies potentielles. La situation financière de l'établissement en lien avec la pérennité de l'offre de services dans notre réseau local de services en santé et services sociaux demeure préoccupante et constitue un défi de taille pour 2014-2015.

Les éléments marquants au niveau de la gouvernance ont été la nomination d'une nouvelle présidente à la tête du conseil d'administration, Mme Nathalie Dubé. Mme Dubé effectuait auparavant le rôle de vice-présidente. Le comité de gouvernance et d'éthique a entre autres revu son code d'éthique et de déontologie et a établi la signature annuelle de ses engagements pour chaque administrateur. Les profils de compétence des administrateurs et les règlements de régie interne ont aussi été revus. La réflexion se poursuivra au cours de la prochaine année sur l'évaluation du fonctionnement du conseil d'administration.

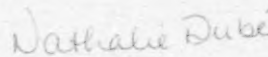
Nous tenons à remercier l'équipe de direction, les gestionnaires, le personnel et les médecins pour les excellents résultats malgré un contexte par moment peu favorable. Un remerciement particulier au comité des usagers et à nos comités de résidents qui collaborent étroitement avec nous pour le mieux-être de nos usagers.

Conscients de nos responsabilités, nous voulons continuer nos travaux de consolidation et d'amélioration de la qualité des services pour répondre aux besoins de la population de notre territoire. Nos valeurs de respect, de cohérence, de qualité et de transparence associées à l'esprit d'équipe, la recherche de l'équité, le sens des responsabilités et la rigueur viendront éclairer nos actions.

Nous savons également que nous pouvons nous appuyer sur un personnel et des bénévoles compétents, dévoués et engagés pour poursuivre notre mission de prévention, de soins et services et de soutien à la clientèle. Nous remercions également les partenaires qui participent à l'accomplissement de notre mission.



Thérèse Viel
Directrice générale



Nathalie Dubé
Présidente

Déclarations

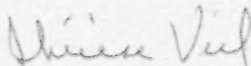
Déclaration de fiabilité des données contenues dans le rapport annuel de gestion de l'établissement et des contrôles afférents

À titre de directrice générale, j'ai la responsabilité d'assurer la fiabilité des données contenues dans ce rapport annuel de gestion ainsi que des contrôles afférents.

Les résultats et les données du rapport de gestion de l'exercice 2013-2014 du CSSS de Témiscouata :

- décrivent fidèlement la mission, les mandats, les responsabilités, les activités et les orientations stratégiques de l'établissement;
- présentent les objectifs, les indicateurs, les cibles à atteindre et les résultats;
- présentent des données exactes et fiables.

Je déclare que les données contenues dans ce rapport annuel de gestion ainsi que les contrôles afférents à ces données sont fiables et qu'elles correspondent à la situation telle qu'elle se présentait au 31 mars 2014.



Thérèse Viel
Directrice générale

Rapport de la direction

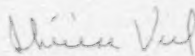
Les états financiers du CSSS de Témiscouata ont été complétés par la direction qui est responsable de leur préparation et de leur présentation fidèle, y compris les estimations et les jugements importants. Cette responsabilité comprend le choix des conventions comptables appropriées qui respectent les Normes comptables canadiennes pour le secteur public ainsi que les particularités prévues au Manuel de gestion financière édicté en vertu de l'article 477 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Les renseignements financiers contenus dans le reste du rapport annuel de gestion concordent avec l'information donnée dans les états financiers.

Pour s'acquitter de ses responsabilités, la direction maintient un système de contrôles internes qu'elle considère nécessaire. Celui-ci fournit l'assurance raisonnable que les biens sont protégés, que les opérations sont comptabilisées adéquatement et au moment opportun, qu'elles sont dûment approuvées et qu'elles permettent de produire des états financiers fiables.

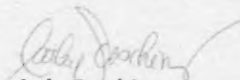
La direction du CSSS de Témiscouata reconnaît qu'elle est responsable de gérer ses affaires conformément aux lois et règlements qui la régissent.

Le conseil d'administration surveille la façon dont la direction s'acquitte des responsabilités qui lui incombent en matière d'information financière et il a approuvé les états financiers. Il est assisté dans ses responsabilités par le comité de vérification. Ce comité rencontre la direction et l'auditeur, examine les états financiers et en recommande l'approbation au conseil d'administration.

Les états financiers ont été audités par la firme Raymond, Chabot, Grant, Thornton dûment mandatée pour se faire, conformément aux normes d'audit généralement reconnues du Canada. Son rapport expose la nature et l'étendue de cet audit ainsi que l'expression de son opinion. La firme Raymond, Chabot, Grant, Thornton peut, sans aucune restriction, rencontrer le comité de vérification pour discuter de tout élément qui concerne son audit.



Thérèse Viel
Directrice générale



Cathy Deschênes
Directrice des services financiers, techniques
et informationnels

Présentation de l'établissement

Mission

Rendre accessible à la population du territoire, de façon équitable et continue, la gamme la plus complète possible de services de promotion-prévention, santé et de services sociaux de base, généraux et spécialisés. Dispenser ces services en différents lieux et le plus près possible des communautés et des milieux de vie de la MRC et ce, en complémentarité et en continuité avec les partenaires et organismes aux niveaux régional et provincial.

Vision

Un centre de santé et de services sociaux intégré, proactif, centré sur les personnes et sur la communauté, dont les services sont bien organisés et coordonnés pour toute la MRC de Témiscouata. Le centre offre, en synergie et en complémentarité avec les partenaires du milieu, une gamme étendue de services adaptés et sécuritaires, répondant aux besoins de la population et dispensés le plus près possible du milieu de vie des personnes. Il constitue une grande organisation multifonctionnelle et multivocationnelle formant un tout cohérent dans toute la MRC.

L'accueil, l'évaluation, l'orientation et l'accompagnement des personnes sont prioritaires et efficaces. Les services interdisciplinaires sont de qualité, sécuritaires, faciles d'accès, continus, polyvalents et complémentaires à l'intérieur du Centre de santé et de services sociaux, du réseau local de services et avec les établissements de santé régionaux et provinciaux.

Des équipes interdisciplinaires compétentes donnent les soins et les services de première ligne dans chacun des secteurs en lien avec une équipe d'experts capables de répondre à des besoins plus pointus. L'approche d'intervention est globale, personnalisée et en interaction avec l'environnement de la personne (famille, communauté).

La seule raison d'être de l'organisation est la personne responsable de sa santé, sa famille, les aidants naturels et les intervenants étant ses principales ressources. Les structures, les équipes et les activités sont souples et adaptables, de manière à s'ajuster sans cesse aux besoins évolutifs des personnes et de la communauté.

Valeurs

Le Centre de santé et de services sociaux de Témiscouata se distingue sur l'échiquier régional et provincial par ses valeurs organisationnelles. Ces dernières façonnent le style de gestion de ses dirigeants de même que les comportements de travail de ses intervenants.

Les valeurs énoncées ici sont les valeurs qui façonnent le fondement de notre organisation. Elles doivent se traduire réellement dans les actions quotidiennes de tous les employés, médecins et cadres du réseau, tant au niveau de la gestion que dans la dispensation des services.

Respect

Cette valeur recherchée et universelle dicte à tout administrateur, cadre, personnel et médecin, un état d'esprit d'ouverture, d'accueil et de compréhension vis-à-vis plusieurs facettes de la vie organisationnelle, dont notamment les nombreuses différences qui caractérisent notre milieu de travail : différents types de clientèles, différentes catégories d'intervenants, différents intérêts professionnels. Faire du respect une valeur primordiale nécessite un effort constant de volonté qui aide l'harmonisation du milieu.

Cohérence

La cohérence est le fil conducteur qui permet de juger le discours et l'action. Tout administrateur, cadre, personnel et médecin qui prend des engagements envers son personnel ou les usagers doit être conscient des attentes qui en découlent et, par conséquent, doit consacrer tous les efforts nécessaires à leur réalisation et ce, dans le respect de la mission, des orientations et des contraintes de l'organisation.

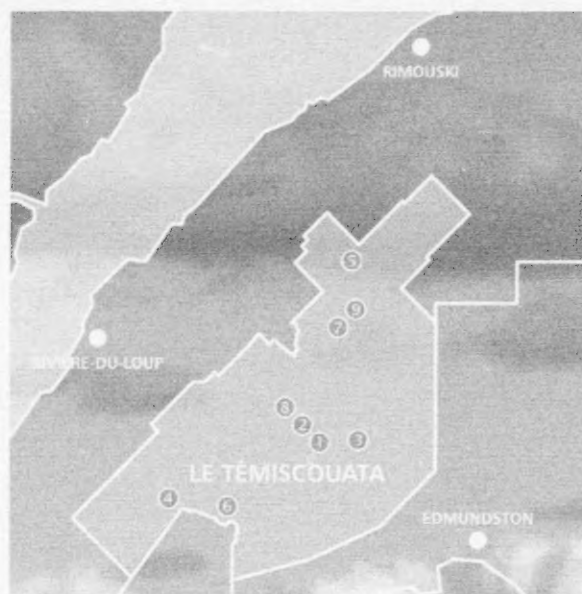
Qualité

La qualité des services rendus vue sur tous ses angles est la pierre angulaire de notre développement. Cette qualité doit être observable et quantifiable. Elle doit être évaluée dans un processus continu de gestion de la qualité où l'ensemble des composantes de l'organisation participe à son cheminement évolutif.

Transparence

La transparence permet de cultiver la confiance de tous. Par notre volonté d'exprimer la réalité des faits et des processus, nous prédisposons les équipes et la population à comprendre l'application des décisions. Par la même occasion, nous sollicitons l'opinion des intervenants dont la richesse favorise l'émergence de l'innovation et de la créativité.

Emplacement de nos sites



- 1 **SIÈGE SOCIAL**
Hôpital de Notre-Dame-du-Lac
58, rue de l'Église
Témiscouata-sur-le-Lac (Québec) G0L 1X0
Téléphone : 418 899-6751
Télécopieur : 418 899-2809
- 2 **CLSC de Cabano**
33, rue Saint Laurent, bureau 101
Témiscouata-sur-le-Lac (Québec) G0L 1E0
Téléphone : 418 854-2572
Télécopieur : 418 854-0660
- 3 **CLSC de Dégelis**
103, 7^e rue Est
Dégelis (Québec) G5T 1Y6
Téléphone : 418 853-2572
Télécopieur : 418 853-3852
- 4 **CLSC de Pohénégamook**
1922, rue Saint-Vallier
Pohénégamook (Québec) G0L 1J0
Téléphone : 418 859-2450
Télécopieur : 418 859-1285
- 5 **CLSC de Lac-des-Aigles**
69, rue Principale
Lac-des-Aigles (Québec) G0K 1V0
Téléphone : 418 779-2572
Télécopieur : 418 779-2744
- 6 **CLSC de Rivière-Bleue**
45, rue du Foyer
Rivière-Bleue (Québec) G0L 2B0
Téléphone : 418 893-5549
Télécopieur : 418 893-1084

Centre d'hébergement de Rivière-Bleue
Téléphone : 418 893-5511
Télécopieur : 418 893-7151
- 7 **Centre d'hébergement de Squatec**
10, rue Saint-André
Squatec (Québec) G0L 4H0
Téléphone : 418 855-2442
Télécopieur : 418 855-2357
- 8 **Centre d'hébergement de Saint-Louis-du-Ha! Ha!**
25, rue Saint-Philippe
Saint-Louis-du-Ha! Ha! (Québec) G0L 3S0
Téléphone : 418 854-2631
Télécopieur : 418 854-0430
- 9 **Clinique médicale de Squatec**
149-B, rue Saint-Joseph
Squatec (Québec) G0L 4H0
Téléphone : 418 855-2233
Télécopieur : 418 855-2288
- 10

Caractéristiques de la population et données de santé

	RLS (n)	RLS (%)	BSL (n)	BSL (%)	QC (%)
0-17 ans	3 536	16,9%	33 504	16,6%	18,8%
12-17 ans	1 210	5,8%	11 180	5,6%	6,1%
18-64 ans	12 689	60,7%	112 040	55,7%	60,3%
12 ans et plus	18 582	88,9%	160 604	79,8%	87,3%
65 ans et plus	4 683	22,4%	43 826	21,8%	17,2%
75 ans et plus	1 969	9,4 %	18 866	9,4%	7,4%
0-4 ans	904	4,3%	9 252	4,6%	5,4%
5-9 ans	1 016	4,9%	9 496	4,7%	5,3%
10-19 ans	2 060	9,9%	18 992	9,4%	10,4%
20-29 ans	2 054	9,8%	21 527	10,7%	12,7%
30-39 ans	2 094	10,0%	22 449	11,2%	13,7%
40-49 ans	2 379	11,4%	23 095	11,5%	13,2%
50-64 ans	5 718	27,3%	52 619	26,1%	22,0%
65-74 ans	2 714	13,0%	24 960	12,4%	9,8%
75-84 ans	1 401	6,7%	12 719	6,3%	5,2%
85 ans et plus	568	2,7%	6 147	3,1%	2,2%
Total	20 908	100%	201 256	100%	100%
Naissances (2011)	168		1 930		88 618
Décès (2010)	211		1 881		58 704

Déterminants de l'état de santé	RLS (n)	RLS (%)	BSL (n)	BSL (%)	QC (%)
Habitudes de vie et comportements					
Excès de poids (IMC = 25,0 à 29,9, 18 ans et plus) ⁵	5 958	33,8 %	55 727	33,9 %	32,8 %
Fumeurs réguliers et occasionnels ⁵	4 560	24,0 %	38 620	22,1 %	24,4 %
Pris 5 consommations d'alcool ou plus au cours de la même occasion, 12 fois ou plus, pendant l'année ayant précédé l'enquête	3 853	25,2 %	26 728	19,0 %	20,5 %
Périnatalité	RLS (n)	RLS (%)	BSL (n)	BSL (%)	QC (%)
Mère — âgée de 20 ans et + et 10 ans et moins de scolarité / naissances totales	14	8,3 %	107	5,5 %	4,3 %
Mère — 10 ans et - de scolarité / naissances totales	20	11,9 %	188	9,7 %	6,9 %
Jeunesse	RLS (n)	RLS (%)	BSL (n)	BSL (%)	QC (%)
Signalements reçus / Total jeunes 0-17 ans	238	6,7 %	2 163	6,5%	5,3 %
Négligence et risque de négligence	56	57,7 %	333	46,5 %	42,6 %
Jeunes suivis à l'application des mesures / total jeunes 0-17 ans	51	1,4 %	617	1,8 %	1,4 %
Jeunes ayant fait l'objet d'une intervention LSPJA / total jeunes 12-17 ans	38	3,1 %	365	3,3 %	1,3%
Problèmes de santé et maladies chroniques	RLS (n)	RLS (/100 000)	BSL (n)	BSL (/100 000)	QC (/100 000)
Nouveaux cas de cancer (taux ajusté moyen sur 100 000 hab.)¹⁴					
Incidence du cancer du sein (moyenne 2008 à 2010)	17	143,5	185	152,4	129,6
Incidence du cancer du poumon (moyenne 2008 à 2010)	25	90,2	213	84,1	89,3
Incidence du cancer de la prostate (moyenne 2008 à 2010)	16	118,6	130	111,7	117,6
Incidence du cancer colorectal (moyenne 2008 à 2010)	21	74,4	197	77,9	68,8
Maladies chroniques (%)⁵					
Prévalence des allergies autres qu'alimentaires	4 420	23,3 %	39 790	22,8 %	24,7 %
Prévalence de l'hypertension (20 ans et plus) ³	4 120	18,2 %	43 335	21,0 %	20,7 %
Prévalence de l'arthrite /rhumatisme	3 490	18,4 %	28 020	16,1 %	14,1 %
Prévalence de l'asthme	1 450	*6,8 %	14 940	8,6%	8,6 %
Prévalence des maladies cardiaques	1 200	*6,0 %	11 880	6,8%	5,1 %
Prévalence du diabète (20 ans et plus) ³	1 453	6,6 %	13 605	6,6%	7,7 %
Prévalence de l'emphysème, bronchite chronique et BPCO	860	*4,5 %	6 010	3,5%	3,3 %

* Coefficient de variation supérieur à 16,5 % et inférieur ou égal à 33,3 %. La valeur doit être interprétée avec prudence.

Santé physique	RLS (n)	RLS (%)	BSL (n)	BSL (%)	QC (%)
Taux d'occupation des lits (excluant gériatrie et psychiatrie)		86,5 %		77,7 %	
Personnes de 65 ans et plus	RLS (n)	RLS (%)	BSL (n)	BSL (%)	QC (%)
Personnes recevant le supplément de revenu garanti (paiements actifs) ¹⁴	2 756	62,9 %	23 284	57,3 %	43,7 %
Personnes ayant bénéficié de services d'aide à la vie domestique par des entreprises d'économie sociale ⁴	514	11,0 %	4 543	10,4 %	-
Personnes vivant en ménages privés ²	3 645	87,5 %	33 615	85,1 %	89,8 %
Personnes de 75 ans et plus	RLS (n)	RLS (%)	BSL (n)	BSL (%)	QC (%)
Taux d'hospitalisation toutes causes de courte durée ¹⁵		37,2 %		36,0 %	31,0 %
Mortalité prématurée (moins de 75 ans)⁶	RLS (n)	RLS (%)	BSL (n)	BSL (%)	QC (%)
Traumatismes non intentionnels (moyenne pour 2008 à 2010)	6	7,2 %	45	6,9 %	7,1 %
Appareil respiratoire (moyenne pour 2008 à 2010)	4	5,5 %	48	7,4 %	5,8 %
Maladies du système nerveux (moyenne pour 2008 à 2010)	3	3,8 %	25	3,9 %	3,6 %

Lexique

IMC : Indice de masse corporelle

MSSS : Ministère de la santé et des services sociaux

RLS : Centre de santé et de services sociaux de Témiscouata

BSL : Bas-St-Laurent

QC : Québec

Source de données

² Statistique Canada, Recensement et Enquête nationale auprès des ménages, 2011

³ Institut national de santé publique du Québec, données de 2010-2011

⁴ Rapports d'activités des entreprises d'économie sociale de la région du Bas-St-Laurent, 2012-2013

⁵ Statistique Canada, Enquête de santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), 2005 (population de 12 ans et plus, sauf avis contraire)

⁶ MSSS, Fichier des décès 2010 (espérance de vie 2008-2010)

¹⁴ MSSS, Fichier des tumeurs, 2008 à 2010

¹⁵ MSSS, Fichier Med-Echo, 2011-2012

¹⁶ Service Canada, Données de la sécurité de la vieillesse pour 2012

Activités de l'établissement

Description des services offerts

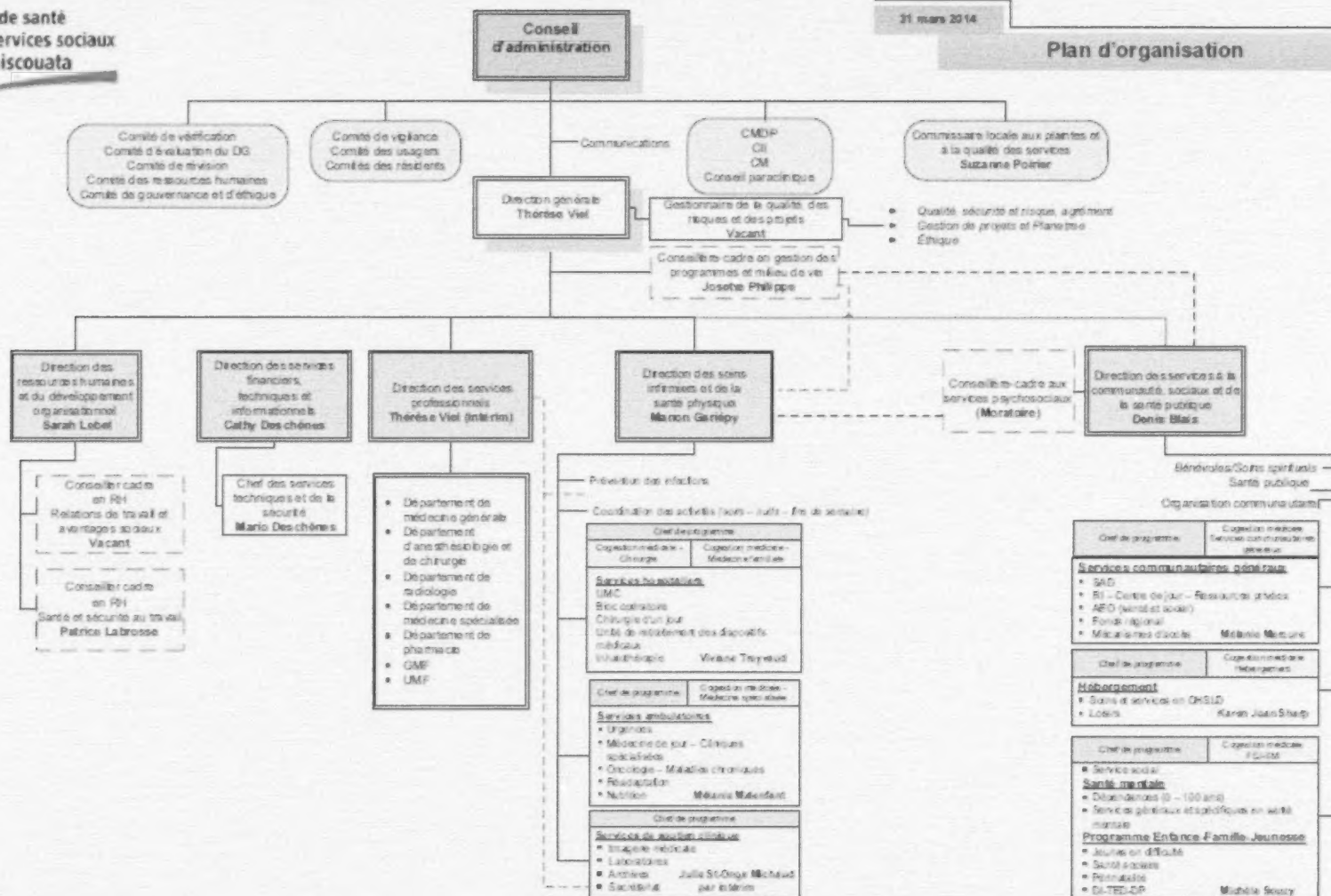
- Services en CLSC :
 - Un programme en santé publique / promotion - prévention;
 - Des services d'accueil, d'évaluation et d'orientation (Santé et social);
 - Des services médicaux et soins infirmiers courants;
 - Des services en jeunesse-enfance-famille;
 - Des services d'organisation communautaire;
 - Des services de soutien à domicile;
 - Des services en Infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS);
- Services hospitaliers et Urgences :
 - Des services d'anesthésie, de chirurgie générale et dentaire;
 - Des services d'imagerie médicale;
 - Des services de laboratoire et prélèvements;
 - Des services de médecine interne;
 - Des services d'urgence;
 - Des services d'obstétriques;
 - Des services de médecine de jour;
 - Des services de pédiatrie;
 - Des services de courte durée gériatrique;
 - Des services de soins coronariens et intensifs;
 - Des services d'oncologie;
 - Des services de consultations médicales spécialisées;
 - Des services de pharmacie;
- Services ambulatoires :
 - Des services de réadaptation;
 - Des services d'inhalothérapie;
 - Des services de nutrition;
 - Des services de kinésiologue;
- Services régionaux :
 - En déficience intellectuelle;
 - En déficience physique;
 - En protection de la jeunesse;
 - En alcoolisme et toxicomanie.
- Services régionaux hors MRC;
- Services d'hébergement de longue durée;
- Ressources intermédiaires, Ressource intermédiaire spécialisée;
- Centre de jour;
- Clinique médicale & Groupe de médecine familiale (GMF);
- Santé au Travail;

ORGANIGRAMME

Centre de santé
et de services sociaux
de Témiscouata

31 mars 2014

Plan d'organisation



Les résultats au regard du plan stratégique et de l'entente de gestion et d'imputabilité

Réalisations et enjeux par direction

DIRECTION GÉNÉRALE

Membres de la direction

Thérèse Viel, directrice
générale

Cathy Deschênes, adjointe à
la direction générale (de mars
à décembre)

Collaboratrice

Josette Philippe, conseillère
cadre en gestion des
programmes et milieu de vie

Réalisations

- Agrément réalisé avec un bon taux de conformité
- Suivis de la visite d'agrément 2013 complétés avec succès
- Plan de communication élaboré
- Réalisation de plusieurs travaux en lien avec le respect de l'équilibre budgétaire, l'analyse de performance et actualisation et suivi des mesures incluses au plan d'équilibre
- Politiques adoptées : Utilisation des abréviations dans les dossiers des usagers (révision), Politique Gestion de l'accès aux services (révision), Politique Utilisation des médias sociaux, Politique des Relations avec les médias, Politique de communication
- Support au comité de gouvernance et d'éthique et réalisations d'une formation de tous les membres du conseil d'administration sur la gouvernance
- Implication de la direction générale pour suppléer à l'absence de directeur des services professionnels et de directeur des services financiers (6 mois)
- Maintien des liens avec les partenaires du réseau local (MRC, CLD, Congrès mondial acadien) et signatures de plusieurs ententes
- Support assuré au comité des usagers et aux différents conseils de l'établissement

Enjeux et défis

- Intégration et mise en place des tableaux de bord de gestion
- Assurer le suivi des pratiques organisationnelles requises pour compléter le processus d'Agrément 2013
- Réaliser une démarche de planification stratégique intégrant les orientations nationales et régionales 2015-2020
- Avec la nouvelle gestionnaire des risques, relancer les équipes qualité et poursuivre le travail en lien avec la qualité et la sécurité des services
- Plan d'organisation à stabiliser — communication, clarification des rôles de chacun
- Révision des mécanismes de gestion en lien avec le plan d'organisation révisé dans une optique d'efficience organisationnelle
- Planetree à insérer dans la planification et débiter la démarche
- Poursuivre les travaux en lien avec l'équilibre budgétaire et la recherche de mesures d'économie et de secteurs à optimiser incluant des collaborations avec d'autres établissements
- Consolidation de l'équipe de direction et des gestionnaires (cohésion, communication, collaboration)
- Débiter les travaux en vue d'élaborer une politique de développement durable

DIRECTION DES SERVICES PROFESSIONNELS

Membres de la direction

Thérèse Viel, directrice des services professionnels par intérim

Collaboratrice

Manon Gariépy, directrice des soins infirmiers et de la santé physique

Réalisations

- Poursuite par la directrice générale de l'intérim de la direction des services professionnels en collaboration avec la directrice des soins infirmiers et de la santé physique
- Augmentation du nombre de médecins en GMF : 20 / 28
- Recrutement en radiologie (corridor de service très fonctionnel et baisse de la liste d'attente
- Collaboration accentuée entre le comité de direction et l'exécutif du CMDP et sa présidente sur la gestion des problématiques médicales
- Consolidation des ordonnances collectives, particulièrement en CHSLD
- Bilan comparatif implanté en CHSLD
- Programme de gérance des antimicrobiens rédigé et en validation
- Six rencontres du comité de pharmacologie
- Avancements importants dans la rédaction des processus de préparation stériles à la pharmacie

Enjeux et défis

- Travailler à diversifier l'offre de services en chirurgie
- Poursuivre et compléter le recrutement au poste de directeur des services professionnel et ajuster la structure administrative en conséquence
- Reprise de l'implantation du modèle de gouvernance médico-administratif à l'arrivée d'un nouveau directeur des services professionnels
- Prévention des plaies chirurgicales en lien avec le cadre de référence de la gérance des antimicrobiens
- Collaboration à l'orientation régionale en gestion des vaccins
- Poursuivre le recrutement de pharmacien
- Bilan comparatif — poursuivre l'implantation dans les autres secteurs

DIRECTION DES SOINS INFIRMIERS ET DE LA SANTÉ PHYSIQUE

Membres de la direction

Manon Gariépy, directrice des soins infirmiers et de la santé physique

Mélanie Malenfant, chef de programme des services ambulatoires

Julie St-Onge, chef de programme par intérim services de soutien clinique
En remplacement de Vincent Marcoux

Geneviève Sozio, chef du département de la pharmacie

Viviane Treyvaud, chef de programme des services hospitaliers

Collaboratrices

Josette Philippe, conseillère cadre en gestion des programmes et milieu de vie

Anne St-Pierre, conseillère en prévention et contrôle des infections nosocomiales

Direction des soins infirmiers

- Rehaussement des compétences des infirmières en lien avec l'adulte aîné à l'aide de la formation de personnes ressources dans l'évaluation sommaire de l'aîné
- Révision des programmes de prévention des chutes et prévention des plaies en lien avec les normes d'Agrément Canada
- Programme d'hygiène des mains
- Prévention des infections : gestion des éclosions
- Formation du personnel de soins en lien avec les stylos à insuline et l'enseignement requis aux personnes atteintes de diabète
- Implantation des pompes ACP (analgésie contrôlée par le patient)
- Révision du programme qualité au bloc opératoire et à la stérilisation
- Collaboration dans le recrutement du personnel en soins infirmiers
- Programme de préceptorat et de mentorat
- Début de déploiement de l'Approche Adaptée aux Personnes Âgées (AAPA)

Direction de la santé physique

- Réorganisation du travail en médecine de jour afin de mieux répondre aux besoins de la clientèle en maladies chroniques, en oncologie et en médecine de jour
- Amélioration des cibles de gestion dans les deux urgences (respect de la DMS (Durée moyenne de séjour), absence de 48 hres sur civière, etc.)
- Implantation d'une clinique ITSS pour jeunes adultes
- Recrutement de professionnels en réadaptation
- Visite de l'Ordre des inhalothérapeutes du Québec
- Révision des processus à la stérilisation
- Poursuite du programme Approche multidisciplinaire en prévention des risques obstétricaux (AMPRO)
- Poursuite de la réorganisation du travail en secrétariat
- Arrivée d'une nouvelle radiologiste, réorganisation de l'offre de services en imagerie médicale amenant une réduction significative des listes d'attente
- Acquisition d'un nouvel appareil en fluoroscopie
- Respect des standards de performance aux archives (classement et retranscription)
- Implantation de disponibilité en heures défavorables aux laboratoires et en imagerie médicale
- Collaboration au projet régional OPTILAB
- Consolidation des équipes aux laboratoires et en imagerie médicale

Enjeux et Défis

- Poursuivre l'implantation de l'AAPA
- Développer la trajectoire de services pour la clientèle présentant un AVC
- Planter les composantes requises pour le projet OPTILAB
- Poursuivre la campagne d'hygiène des mains
- Collaborer à l'implantation du DSQ (Dossier santé Québec)
- Poursuivre la formation des infirmières et le rehaussement des compétences en lien avec l'adulte aîné
- Mettre en place des mesures permettant de combler les besoins de remplacement en soins infirmiers tout en stabilisant les équipes de soins
- Poursuivre le travail amorcé en lien avec les normes d'Agrément Canada
- Réorganisation en lien avec le SERG particulièrement en réadaptation

DIRECTION DES SERVICES À LA COMMUNAUTÉ, SOCIAUX ET DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Membres de la direction

Denis Blais, directeur des services à la communauté, sociaux et de la santé publique

Mélanie Mercure, chef de programme des services communautaires généraux

Karen Joan Sharp, chef de programme en hébergement

Michèle Sourcy, chef de programme Enfance-jeunesse-famille et santé mentale

Collaborateurs :

Constance Héroux, conseillère cadre aux services psychosociaux

Josette Philippe, conseillère cadre en gestion des programmes et milieu de vie

Gérald Tousignant, Conseiller aux programmes volet SAPA

Hébergement

- Projet en organisation de travail en CHSLD à St-Louis-du-Ha! Ha!
- Entente avec l'organisme Ligne de vie
- Standardisation des admissions en CHSLD
- Réorganisation des loisirs en CHSLD
- Développement de l'humanisation des soins

Enjeux et défis

- Consolidation du projet en organisation de travail en CHSLD à St-Louis-du-Ha! Ha!
- Mise en place du projet en organisation de travail en CHSLD à Squatec et Rivière-Bleue
- Procédure d'accueil des nouveaux résidents
- Rencontres interdisciplinaires pour le plan de service
- Organisation du programme en soins palliatifs
- Mise en place des soins de fin de vie selon les orientations de la loi
- Déploiement du cadre de référence pour le bénévolat
- Maintien d'un ratio <10% des clients hébergés en CHSLD avec un Iso-SMAF de 9 et —
- Suivi des plans d'amélioration issus des visites ministérielles d'octobre 2013
- Redéfinition des mandats des lits d'hébergement dans le cadre du projet d'organisation de travail sur le service d'évaluation et de réadaptation gériatrique
- Organisation du secrétariat dans la direction
- Maintien du climat de travail positif dans les équipes
- Attraction et rétention du personnel

Santé publique et organisation communautaire

- Déploiement du plan d'action et du comité des saines habitudes de vie et de la santé publique
- Activités du réseau local de services en prévention/promotion

Enjeux et défis

- Redéfinition du programme en organisation communautaire
- Travaux avec l'IPCDC (initiative sur le partage des connaissances et le développement des compétences) pour le vieillissement actif dans la démarche MADA (municipalité amie des aînés)
- Déploiement des orientations incluses dans la politique nationale de la prévention en santé
- Maintien du climat de travail positif dans les équipes
- Attraction et rétention du personnel

Services communautaires généraux

- Déploiement des nouvelles ententes avec les ressources intermédiaires et les ressources de type familial
- Entente pour le soutien communautaire en logement social
- Augmentation et atteinte des cibles au niveau des heures directes à domicile
- Évaluation 100 % des Iso-SMAF
- Évaluation 100 % des OEMC
- Consolidation du guichet d'accès
- Consolidation des services au soutien à domicile
- Standardisation des comités d'organisation des services
- Rencontres interdisciplinaires
- Augmentation des plans d'intervention et des plans de services individualisés dans les dossiers
- Identification des intervenants pivots pour chaque dossier
- Augmentation à 90 % dans l'implantation des composantes du réseau de services intégrés aux personnes âgées
- Déploiement du cadre de référence en supervision

Enjeux et défis

- Ententes avec les résidences de personnes âgées
- Augmentation des dépistages / repérage pour la clientèle à domicile
- Augmentation des heures directes à domicile
- Entente de place d'hébergement de transition avec les résidences privées augmentant nos heures directes à domicile
- Déploiement de l'assurance autonomie
- Entente pour les services d'aide à la vie domestique et d'aide à la vie quotidienne
- Suivi du réseau de services intégrés aux personnes âgées et du plan d'action local
- Projet d'organisation du travail lié à la réduction de la main d'œuvre indépendante et du temps supplémentaire
- Entente pour des activités de centre de jour thérapeutique et cognitif avec le communautaire
- Réorganisation du prêt d'équipement
- Déploiement de l'offre de services sociaux généraux pour le guichet d'accès
- Établissement pour toute la clientèle à domicile du plan de service individualisé et allocation de services
- Développement de milieu de vie alternatif aux CHSLD pour la clientèle en déficience physique
- Lutte à la maltraitance auprès des personnes aînées
- Assurer les mécanismes consultatifs avec les ressources intermédiaires et ressources de type familial
- Gestion de la qualité pour toutes les ententes et formations
- Garde sociale 24/7
- Organisation du secrétariat dans la direction
- Maintien du climat de travail positif dans les équipes
- Attraction et rétention du personnel

Service social, santé mentale et enfance-jeunesse-famille

- Gestion centralisée de la liste d'attente
- Augmentation des plans d'intervention et des plans de services individualisés dans les dossiers
- Déploiement du protocole pour les personnes à risque suicidaire
- Augmentation des usagers rencontrés au programme de dépendance
- Déploiement du programme Alcochoix +
- Déploiement du programme Anna à la mer
- Opération Père Noël de l'équipe de suivi d'intensité variable
- Déploiement de la clinique DI-DP-TED 0-7 ans
- Déploiement du cadre de référence en supervision
- Révision des offres de services (SEPRS, etc) et diffusion
- Mise sur pied du comité de réseau des services intégrés DI-TED
- Poursuite du programme de négligence l'EnTrain
- Signature du protocole d'entente CPE /CSSS
- Révision de l'entente de services CJ/CSSS
- Travaux de chantier SIPPE (services intégrés pour la périnatalité et la petite enfance)
- Prévention - promotion des semaines thématiques (prévention du suicide, semaine de la santé mentale, semaine de la famille)
- Gestion du plan d'accès DI-DP-TED
- Consolidation et ajustement des comités d'organisation des services
- Révision du contenu de la valise de sécurité civile
- Maintien des comités de gestion partagée
- Relance de la table TSMAT (santé mentale)
- Épuration de la liste d'attente en orthophonie
- Poursuite de la formation du personnel sur la grille d'évaluation pour personne à risque suicidaire

Enjeux et défis

- Déploiement du plan d'action en santé mentale
- Suivi systématique de la clientèle santé mentale
- Augmentation des plans d'intervention et des plans de services individualisés dans les dossiers
- Atteinte des cibles en SIPPE (services intégrés pour la périnatalité et la petite enfance) et vaccination
- Atteinte de 100 % dans les dossiers avec l'outil d'évaluation multiclientèle pour les clientèles DI-DP-TED
- Déploiement des orientations incluses dans la politique nationale en matière d'itinérance
- Accès aux services pour la clientèle autiste
- Respect du plan d'accès pour les clientèles ayant une déficience
- Travaux sur les activités socioprofessionnelles et communautaires
- Travaux auprès des jeunes en difficultés d'adaptation et d'apprentissage
- Intervention de crise et suivi intensif dans le milieu pour la clientèle jeunesse
- Garde sociale 24/7
- Entente de collaboration entre le CSSS et le CRDP (Centre de réadaptation en déficience physique) pour le partage de la clientèle de 1^{re} et 2^e ligne
- Déploiement de l'offre de services sociaux généraux
- Poursuite des démarches pour l'obtention de l'accréditation Initiative des amis des bébés
- Optimiser les pratiques novatrices (travail en tandem) en orthophonie
- Organisation du secrétariat dans la direction
- Maintien du climat de travail positif dans les équipes
- Attraction et rétention du personnel

DIRECTION DES RESSOURCES FINANCIÈRES, TECHNIQUES ET INFORMATIONNELLES

Membres de la direction

Cathy Deschênes, directrice
des services financiers,
techniques et informationnels

Mario Deschênes, chef des
services techniques et de la
sécurité

Collaborateurs

Mario Fournier,
coordonnateur technique en
génie biomédical

Éric Lavoie, agent de gestion
financière

Michel Lebrun, assistant chef
buanderie, hygiène et
salubrité et sécurité

Josée Raymond, assistante
chef service alimentaire

Réalisations

- Sélection d'une firme pour exécuter les projets potentiels identifiés en économie d'énergie et réception d'une étude préliminaire
- Avancement du processus d'attribution des zones grises en hygiène et salubrité et acquisition du logiciel Propre
- Implication au comité de santé et sécurité du Congrès mondial acadien 2014
- Formation sur les plans de mesures d'urgence aux nouveaux employés
- Installation d'une visioconférence au CLSC de Pohénégamook
- Déploiement de la téléphonie IP au CLSC de Cabano
- Déploiement des réservations des salles et ressources dans Lotus Notes
- Activités de sensibilisation à la sécurité des actifs informationnels (Semaine thématique, dépliant, tasse, etc.)
- Projet en cours pour la gestion des documents confidentiels à déchiqueter
- Adoption de la politique des médias sociaux
- Messages de sensibilisation dans la fenêtre d'ouverture de Windows

Enjeux et défis

- Respect de l'équilibre budgétaire
- Formalisation des processus de compilation des unités de mesure
- Virtualisation des postes de travail (clients légers)
- Migration de Windows XP à Windows 7
- Implantation du logiciel GMAO (GMAO : gestion de la maintenance assistée par ordinateur)
- Déploiement du DSQ
- Déploiement du dossier client informatisé (DCI) - numérisation, formulaires, dictée numérique
- Déploiement de la téléphonie IP au Centre d'hébergement et CLSC de Rivière-Bleue
- Remplacement des panneaux d'alarme incendie dans différents sites
- Installation d'un gazebo au CHLSD de Rivière-Bleue
- Planification et exécution d'exercices d'évacuation
- Poursuite des activités pour la mise en œuvre des exigences du cadre global sur la gestion des actifs informationnels
- Chariots de médicaments, finalisation des travaux pour permettre une gestion centralisée

DIRECTION DES RESSOURCES HUMAINES ET DU DÉVELOPPEMENT ORGANISATIONNEL

Membres de la direction

Sarah Lebel, directrice des ressources humaines et du développement organisationnel

Patrice Labrosse, conseiller en santé et sécurité au travail

Collaborateurs

Entente de services partagés
Julie St-Onge Michaud, agente de gestion de personnel

Julie Pelletier, conseillère en relations de travail et avantages sociaux

Réalisations

- Priorisation du dossier de la gestion de la présence au travail afin d'agir sur la réduction du taux d'assurance salaire
- Mise en place de stratégies favorisant la présence au travail du personnel et la réduction du temps supplémentaire
- Élaboration et déploiement d'un plan d'action Gestion intégrée de la présence au travail comportant différents moyens tel que de la formation ciblée pour les gestionnaires, le développement d'outils de gestion médico-administrative et des activités de sensibilisation auprès des différents intervenants impliqués (ex : CMPD, CA, syndicats...)
- Support et accompagnement aux gestionnaires dans les dossiers de retour au travail
- Mise en place de stratégies favorisant l'attraction, la rétention et la contribution optimale des ressources humaines et plus particulièrement dans les emplois dits vulnérables
- Actions favorisant l'accueil de stagiaire dans différents types d'emploi
- Participation à différents salons de recrutement
- Initiation des travaux de mise à niveau de notre site internet
- Accueil de nouveau membre du personnel tel que psychologue, physiothérapeute, ergothérapeute
- Poursuite des travaux dans le Dossier regroupement régional de la paie
- Accompagnement auprès des directions cliniques dans la mise en œuvre des projets d'optimisation et de réorganisation du travail tel que le projet de réorganisation du travail en CHSLD

Enjeux et défis

- Réduction du taux d'assurance salaire
- Poursuivre la mise en place des mesures d'attraction et de rétention du personnel
- Développement d'outils d'aide à la gestion pour le personnel d'encadrement
- Élaboration d'un programme visant à améliorer le climat de travail et à favoriser la santé et le bien-être du personnel œuvrant au sein de notre établissement.

Résultats au regard de l'entente de gestion et d'imputabilité

Synthèse de l'offre de service de l'établissement

(Voir annexe A)

Loi visant le retour à l'équilibre budgétaire en 2013-2014 et la réduction de la dette

Dans la foulée des mesures d'optimisation exigées par le MSSS en lien avec la Loi visant le retour à l'équilibre budgétaire en 2013-2014 et la réduction de la dette, le budget de l'établissement a été réduit en 2013-2014 de 36 316\$ sur une base récurrente en lien avec la Loi 100. Cette loi vise principalement une réduction des dépenses administratives de 10% en 2013-2014 par rapport aux coûts de 2009-2010. De plus, une mesure d'optimisation de 241 647\$ annualisée à 440 164\$ nous a été exigée en termes d'efforts additionnels dans le cadre de la Loi 127 visant le retour à l'équilibre budgétaire du Gouvernement du Québec. Diverses mesures d'économies ont été mises en place afin de rencontrer les exigences gouvernementales et viser le respect de l'équilibre budgétaire de l'établissement au 31 mars 2014.

L'Agrément

CSSS DE TEMISCOUATA

AGRÉMENT 2013-2014



ACCREDITATION CANADA
AGRÉMENT CANADA

*Driving Quality Health Services
Forcer la maîtrise de la qualité des services de santé*



CONSEIL QUÉBÉCOIS
D'AGRÉMENT

ACCOMPAGNER LES ORGANISATIONS
POUR UNE GESTION INTÉGRÉE DE LA QUALITÉ
Avec une certification basée sur ISO 9001 et ISO 14001

Félicitations !



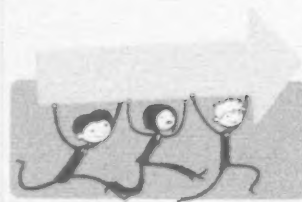
AGRÉÉ

Suite à la visite d'Agrément Canada du 5 au 10 mai 2013, nous avons eu à présenter des preuves de conformité supplémentaires en octobre 2013 et avons été agréé par la suite.

L'application des POR (pratique organisationnelle requise) dans l'organisation est un défi constant.

Pour en faciliter la diffusion et l'appropriation dans l'organisation, nous avons produit le guide d'application des POR.

Une POR différente est également présentée dans chacune des parutions du FacteurSanté.



Les équipes qualité continuent de travailler afin de se conformer aux critères des différentes sections de normes ainsi que pour assurer l'intégration des pratiques organisationnelles requises (POR). De nouvelles preuves de conformité devront être présentées en octobre 2014.

Sécurité des soins et services

Actions réalisées pour promouvoir de façon continue la déclaration et la divulgation des incidents / accidents

Les statistiques sont présentées au comité de gestion des risques à chacune des rencontres ainsi qu'à toutes les rencontres du comité de vigilance et de qualité. Des rapports spécifiques sont également fournis aux gestionnaires. Les employés prennent connaissance des statistiques liées aux incidents et accidents par l'entremise du journal interne puisque les données qui apparaissent dans le registre national y sont diffusées.

Au cours de l'année financière 2013-2014, quatre rapports trimestriels sur la sécurité des usagers ont été publiés et diffusés dans l'organisation.

À l'embauche de nouvelles infirmières et infirmières-auxiliaires, une présentation de la déclaration des incidents et accidents leur est faite en même temps qu'un survol de la gestion des risques, de la qualité dont le processus d'agrément.

Mesures de contrôle des usagers

L'équipe est en révision constante des mesures de contrôle des usagers avec l'objectif d'en diminuer le nombre et privilégie la mise en place de mesures alternatives en collaboration avec tous les professionnels. Suite à la révision du cadre de référence qui inclut maintenant les normes des projets de loi 90 et 21, le CSSS est à mettre en place un comité interdisciplinaire de révision des mesures de contrôle, comité qui fera rapport au comité de vigilance et de la qualité.

Les correctifs mis en place pour appliquer les recommandations du Coroner et du Protecteur du citoyen

Décès d'une résidente de notre territoire en 2012

La recommandation du Coroner datée du 7 juin 2013 se lisait comme suit :

Dans un but évident de protection de la vie humaine, je recommande à la Direction du Centre de santé et de services sociaux de Témiscouata :

- Réévaluer le contexte organisationnel et le suivi des patients en perte d'autonomie constante dans un climat de misère sociale évident.
- Sensibilisation des intervenants sur les critères relatifs à l'application d'une p-38 et ce, plus particulièrement dans le cas des clientèles âgées;

- Mise en place de mécanismes d'évaluation plus structurés lors du déploiement du guichet d'accès unique. Le déploiement de ce service est venu encadrer les demandes de soins par la mise en place de comités d'organisation de services et d'équipes interdisciplinaires, nous permettant de croire que nous assurerons une meilleure vigie lorsqu'un client refusera des soins dans un contexte de misère sociale;
- Intégration d'un mandat de vigilance et de divulgation lors de la signature d'ententes avec des entreprises d'économie sociale offrant des services à notre clientèle, pour assurer que les informations, suite à des dégradations de l'état de santé de clients nous soient signalées.

Barre d'appui de type « Bed helper » non sécuritaire

Nous avons donné suite aux recommandations du Coroner dans le dossier d'un résident décédé dans un autre CSSS en 2009 et dont la cause du décès par asphyxie avait été identifiée comme étant liée au système d'arrimage du « Bel Helper » aux lits du bénéficiaire. Les CHSLD, RI et SAD étaient concernés.

- Communiqué a été expédié à l'effet que chaque prêt de ce matériel devait être autorisé par un ergothérapeute;
- Remplacement de 15 systèmes SMART a été fait en RI;
- 40 autres devaient être remplacés en cours d'année;
- Un dépliant d'information a été produit en 2012;
- Mise en place d'un formulaire « refus de se conformer à une consigne de sécurité importante en lien avec l'utilisation de la barre d'appui au lit de type « Bed Helper » » pour la clientèle du SAD.

Co-dodo

Décès d'un nourrisson qui était couché dans le lit des parents.

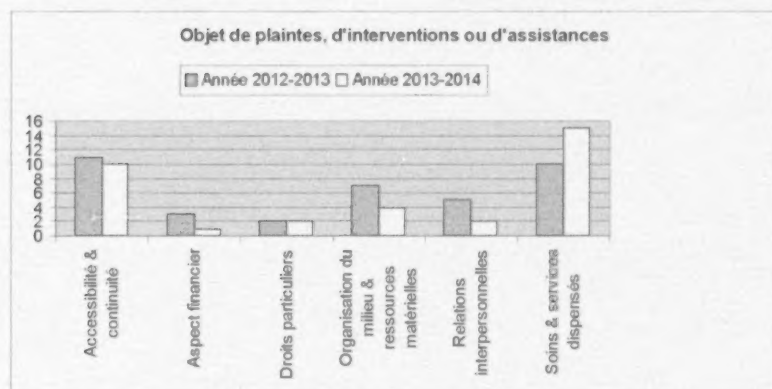
- Rédaction et diffusion d'un mémo à toutes les personnes concernées;
- Distribution à chaque maman d'une affiche;
- Référence à faire aux mères aux pages du Guide Mieux Vivre 2013 qui traitent de ce point;
- L'information partagée aux infirmières en périnatalité, à la personne responsable des cours prénataux, aux coordonnatrices et par la suite en CLSC.

Contrôle de la température de l'eau

- Mesures déjà prises en 2010 :
 - mémo aux propriétaires de ressources privées et intermédiaires;
 - installation de dispositifs pour contrôler la température de l'eau à 43°C.

Rapport du commissaire local aux plaintes et à la qualité des services

35 dossiers furent traités par le commissaire
dont 3 ont été acheminés au protecteur du citoyen
3 dossiers furent référés au médecin examinateur
dont un a été acheminé au comité de discipline

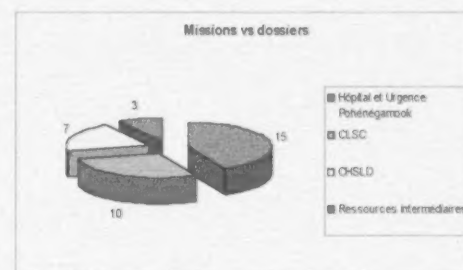


Plaintes	Plaintes médicales	Assistances	Interventions
20	3	10	2

Délai moyen de réponse :

Commissaire local : 20 jours

Médecin examinateur : 37 jours



Propositions et actions porteuses de qualité présentées par le commissaire local

- Information au personnel, plus particulièrement en ressources intermédiaires sur l'importance de bien connaître le rôle du représentant de l'usager.
- Importance de maintenir la réadaptation physique en centre d'hébergement. L'embauche de personnel au privé doit être envisagée lors de pénuries de ressources.
- Importance d'une grande qualité de services au niveau de l'accueil et de l'admission dans les différents points de service (image du CSSST).
- Soutien et collaboration avec les propriétaires des ressources intermédiaires afin qu'une formation continue soit assurée à leur personnel (recommandation endossée par le Protecteur du citoyen).
- Intensification de l'information à la population dans les différents points de service, surtout lorsqu'il y a des modifications dans l'offre de service.
- Présentation du processus d'examen des plaintes au comité des usagers, des comités de résidents et du personnel des ressources intermédiaires et lors de trois rencontres d'information avec la population.

- Reprise avec insistance auprès de certaines ressources intermédiaires sur l'importance de suivre le plan d'intervention élaboré avec la famille lors de l'admission et de tenir celle-ci le plus informée possible du cheminement du résident à l'intérieur de la ressource.

Recommandation d'ordre systémique

Qu'un plan triennal d'information soit élaboré pour que chacun des services offerts par le CSSS de Témiscouata soit mieux connu de la population.

Concrètement, que la première année serve à l'élaboration du plan et que cette première année serve à la présentation de quelques services. Poursuite de la présentation des autres services dans les deux années suivantes. Brochure, chroniques, conférences, entrevues, communications électroniques, etc. pourraient supporter l'application de ce plan d'information.

SATISFACTION DE LA CLIENTÈLE 2013-2014



La politique sur l'évaluation de la satisfaction de la clientèle statue que le CSSS effectue un sondage sur la satisfaction de la clientèle à la fin mars de chaque année pour une période de deux semaines consécutives tout en donnant la possibilité à la clientèle de donner son opinion sur la qualité des soins et services reçus tout au long de l'année.

Il y a exception dans l'année d'une visite de l'établissement par Agrément Canada puisque le CSSS n'effectue pas de sondage interne, mais travaille plutôt avec les résultats des sondages effectués par le conseil québécois d'Agrément; le CSSS a été visité en mai 2013.

Comparaison entre le degré de satisfaction de la clientèle du CSSS Témiscouata
et celui observé dans des établissements comparables

Indicateurs	CSSS Témiscouata n = 682			Autres établissements n = 1448			Code couleur
	Résultat	Limites du résultat		Résultat	Limites du comparatif		
		Inférieure	Supérieure		Inférieure	Supérieure	
Relation avec le client	91	90	91	88	87	89	✓
Prestation professionnelle	88	87	89	87	85	88	△
Organisation des services	86	85	87	81	73	87	△

CHSLD

Comparaison du degré de conformité aux attentes et aux besoins de la clientèle hébergée
du CSSS Témiscouata à celui observé dans d'autres établissements

Indicateurs	CSSS Témiscouata			Autres établissements			Code couleur
	Résultat	Limites du résultat		Résultat	Limites du comparatif		
		Inférieure	Supérieure		Inférieure	Supérieure	
Relation avec le client	90	88	93	83	80	85	✓
Prestation professionnelle	89	86	91	81	80	81	✓
Organisation des services	88	86	91	79	77	80	✓

Conseils ou comités de l'établissement créés en vertu de la Loi

Membres du conseil d'administration

Nathalie Dubé, présidente (Cooptation organismes communautaires)

Denis Moreau, vice-président (Cooptation)

Thérèse Viel, secrétaire et directrice générale

Administrateurs

Charles-Aimé Bélanger

Population

Louise Labonté

Population

Anne St-Pierre

Conseil des infirmières et des infirmiers

Carole Deschênes

Conseil Multidisciplinaire

Hélène Bossé

Personnel non clinique

Dre Hala Hanna

Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens

Norma Cyr

Comité des usagers

Marcelle Morin

Comité des usagers

Vincent Gosselin

Nommé par l'Agence

Guido Pelletier

Nommé par l'Agence

Juliette Côté

Cooptation

Guy Raymond

Cooptation

François Dumas

Cooptation

Guy Leblanc

Cooptation

Denis Moreau

Cooptation

Emmanuelle Rivard

Fondation

Les Comités

Comité de vérification :

François Dumas

Denis Moreau

Cathy Deschênes, DSFTI

Vincent Gosselin

Nathalie Dubé, présidente

Thérèse Viel, DG

Comité d'évaluation du directeur général :

Louise Labonté

Nathalie Dubé, présidente

Guido Pelletier

Comité des ressources humaines :

Juliette Côté

Emmanuelle Rivard

Thérèse Viel, DG

Denis Moreau

Sarah Lebel, DRHDO

Comité de gouvernance et d'éthique :

Carole Deschênes

Louise Labonté

Thérèse Viel

Denis Moreau

Nathalie Dubé, présidente

Comité exécutif du conseil des infirmières et infirmiers

Anne St-Pierre
présidente
infirmière volet courte durée

Martine Breton
vice-présidente
infirmière volet CHSLD

Mélanie Plante
infirmière volet CLSC

Sheron Tremblay
Infirmière services ambulatoires

Manon Gariépy
directrice des soins infirmiers et
de la santé physique

Thérèse Viel
directrice générale

2 rencontres tenues en 2013-2014

Un comité *ad hoc* a eu lieu en novembre 2013 pour un avis dans le cadre de la formation des infirmières en endoscopie digestive.

Les activités du CECII-CECIIA sont orientées par les objectifs spécifiques du plan d'action :

- Promotion des pratiques de bases et de l'hygiène des mains (Formation en ligne et audits sur l'hygiène des mains — Été/automne 2013);
- Maximisation de la visibilité du CECII par la participation d'un membre à la commission infirmière régionale (CIR);
- Article dans le journal FacteurSanté : Les activités principales du CECII, Projet de Loi 90 et 21, la formation continue;
- Présentation d'un Midi-Clinique en décembre 2013 : *PL 90 et PL 21, les impacts sur la pratique infirmière.*

L'Assemblée générale annuelle 2012-2013 du CII s'est tenue le 16 mai 2013 au Club de Golf de St-Louis-du-Ha! Ha! lors d'un souper conjoint avec le CIIA, tout en soulignant la semaine annuelle des infirmières et infirmières auxiliaires sous le thème « *L'expertise infirmière : une solution pour des soins plus accessibles* ».

Les orientations pour 2014-2015 :

- Poursuivre les audits cliniques (hygiène des mains);
- Faire connaître le rôle du CECII-CECIIA auprès des membres du conseil des infirmières par le biais de capsules d'information diffusées par diverses voies de communication (courriel, journal interne);
- Recrutement de membres pour le comité exécutif auprès de l'ensemble des membres du CII;
- Poursuivre et consolider l'application de la loi 90 pour les infirmières et les infirmiers pour la prestation de soins sécuritaires et de qualité à la population du CSSS de Témiscouata.

Dre Catherine Gagnon, présidente

Dre Linda Landry,
vice-présidente

Dre Marieke Soucy, secrétaire

Dre Caroline Rioux, Trésorière

Dre Marie-Claude de Brouwer

Dre Hélène Cambron

Dre Hala Hanna

Dr Nader Hanna

Thérèse Viel, directrice générale et
DSP par intérim

Voici l'ensemble des activités du CMDP que vous présente votre exécutif.

L'exécutif s'est donné comme priorité d'améliorer le contrôle de la qualité de l'acte médical, dentaire et pharmaceutique. Il doit donner son avis sur l'ensemble des services médicaux et de santé du CSSS, faire les recommandations appropriées sur les règles de soins et sur l'utilisation de la médication.

Particulièrement, le CMDP a donné suite aux recommandations contenues dans le rapport du Collège des médecins du Québec : structurer le contrôle de la qualité de l'acte à travers les départements et services et en surveiller la continuité, veiller au maintien des qualifications et compétences des membres et à l'accomplissement de leurs obligations.

En cours d'année, ont été tenues 13 réunions de l'exécutif : 8 régulières et 5 spéciales dont 3 par conférence téléphonique (participation moyenne aux 13 réunions : 85 %), 6 réunions du comité des titres (89 % de participation), 3 réunions générales (73 % de participation), 6 réunions du comité de

pharmacologie (75 %) et 2 du comité d'évaluation de la qualité de l'acte incluant la rencontre du 7 février où il y a eu formation pour les médecins (80 % de participation).

Deux médecins ont quitté notre centre au cours de l'année 2013-2014 : Dr Jean-Marie Deschênes qui est parti à la retraite et Dr Bernard Rodrigue qui a démissionné. Nous avons recruté 4 médecins : Dre Chantal Boisclair, radiologiste, et 3 omnipraticiens : Dre Catherine Dubé, Dre Mélissa Asselin et Dr Frédéric Boivin.

Afin d'améliorer la supervision de la qualité de l'acte médical, une structuration d'activités dédiées à la qualité est amorcée depuis janvier 2014 afin de responsabiliser tous les départements et services à la tâche et de s'assurer de la continuité en insérant ces activités dans l'horaire des réunions régulières du CMDP.

Une formation sur le sujet pour tous les médecins s'est déroulée en février sous la responsabilité de la présidente du comité de la qualité de l'acte. Chaque département et service aura à élaborer des études de la qualité sur des sujets cliniques pertinents.

Trois études de revue d'utilisation des médicaments ont été réalisées. Il y a eu l'étude du suivi des patients diabétiques en GMF. Une revue systématique des dossiers en coloscopie est effectuée afin de vérifier le respect des normes de pratique.

Le CMDP a reçu à la fin avril la visite du comité d'inspection professionnelle du CMQ. Ils nous ont soumis des recommandations et ont demandé 4 rapports : sur l'évaluation des délais d'attente et de lecture en radiologie, sur le taux de perforation en coloscopie, une étude de 3 dossiers en hospitalisation avec conclusions et recommandations et, enfin, un plan d'actions détaillé sur l'évaluation de la qualité de l'acte pour mars 2014.

Devant le constat que des dossiers d'hospitalisation n'étaient pas complétés dans les délais exigés, une réglementation sur le parachèvement des dossiers et des dictées demandée par le CMQ a été rédigée avec les archives, adoptée par le CMDP et acheminée vers le conseil d'administration. Une procédure de suivi des retards a été mise en place afin que soit informé l'exécutif et que des conséquences en lien avec le manquement soient appliquées.

Les médecins « membres actifs » sont tenus de remettre annuellement la liste des formations auxquelles ils ont assisté et un nombre de crédits équivalent à la moyenne provinciale sera recommandé par le comité des titres. Une évaluation de la compétence des médecins est effectuée par le chef de département et est versée au dossier professionnel pour l'étude du renouvellement d'une nomination. Pour se conformer aux exigences du CMQ, un formulaire est utilisé, attestant de la vérification de tous les aspects à considérer par le comité des titres. Pour toute nouvelle nomination d'un membre actif, le comité devra obtenir le certificat de conduite professionnelle du CMQ ainsi que le dossier professionnel du milieu d'origine du médecin.

Le renouvellement de nomination de tous les membres actifs a été effectué en novembre 2013 et les commentaires émis concernaient surtout les attestations de formation manquantes et les formations spécifiques exigées en fonction des activités cliniques du médecin.

Le comité de la formation médicale continue a organisé plusieurs ateliers et conférences intra et extra muros dont la journée annuelle de mai, afin de favoriser le maintien des compétences des membres.

Une révision des rapports du coroner est effectuée par Dre Catherine Dubé pour ramener aux collègues les recommandations pertinentes.

Deux services à l'hospitalisation seront formés avec leurs règlements distincts : celui de l'hospitalisation et celui des soins intensifs afin de bien définir le fonctionnement des équipes de médecins. Le Collège des médecins en avait fait la recommandation ainsi qu'une révision des règlements du CMDP et des départements et services pour y inclure des règles de conduite, les obligations du médecin avec les conséquences à appliquer en cas de non-conformité. Le comité exécutif et les chefs de départements posséderont des mesures concrètes pour gérer les activités médicales. Les règlements du département de chirurgie-anesthésie ont été soumis au comité exécutif et approuvés.

En cours d'année, aucune mesure disciplinaire n'a été dirigée vers un médecin du CSSS de Témiscouata.

Au sujet de l'organisation des services, devant le constat de la survenue de découverte de service en radiologie, de délais de lecture et de listes d'attente allongées, il a été demandé que le département de radiologie s'engage à respecter pour la fin juin 2013 les normes du guide de gestion du Ministère. En mai 2013, nous recevions la recommandation du CMQ à ce sujet afin d'améliorer la disponibilité du service à la population. Le poste de radiologie étant devenu rapidement vacant, la direction générale et le comité exécutif recevaient la proposition de candidature de docteure Chantal Boisclair du CHRGP. Une rencontre avec l'exécutif et le département de radiologie du CHRGP a rapidement permis de combler notre poste et de pouvoir remettre au CMQ des statistiques très améliorées dès l'automne 2013.

Deux technologues en échographie ont été formées et les échographies obstétricales sont disponibles depuis peu grâce à l'initiative de notre radiologiste.

Le comité exécutif a approuvé une résolution afin de maintenir le service de coloscopie en duo en attendant la possibilité d'appliquer la technique solo nécessitant une formation du chirurgien.

Une clinique pour les ITSS a été mise sur pied pour couvrir les besoins de tout le CSSS de Témiscouata avec la collaboration de docteure Mélissa Asselin.

L'exécutif a donné son appui à l'organisation de lits dédiés en soins palliatifs dans le CSSS de Témiscouata. Un projet de déplacement du module gériatrique de l'hôpital au CHSLD de St-Louis est sur la table suscitant des réflexions par l'équipe médicale au sujet de la couverture médicale.

Le point de service CLSC-CHSLD de Rivière-Bleue s'est joint au GMF de Témiscouata en août 2013. La clientèle peut profiter des services d'une infirmière une journée par semaine pour son suivi.

En date du 28 février 2013, au guichet des patients orphelins, 896 ont été référés depuis le 1^{er} avril 2013 comparativement à 1177 à pareille période et 438 vulnérables comparativement à 305. Pour mars, 306 patients (dont 23 % de vulnérables) sont en attente. Le délai moyen de référence est de 4 mois pour les vulnérables et de 5 mois pour les autres.

Le comité exécutif a participé à 3 rencontres avec l'équipe de direction où il y a eu échanges d'informations et de la consultation sur divers sujets.

Au niveau de l'organisation technique, l'exécutif a fait des recommandations sur le choix d'achat d'équipements acquis ou à venir : gastroscopie, appareil à échographie avec sonde, coloscope haute définition, 2 moniteurs de capteurs de CO₂, appareil de radiologie pour la salle d'opération.

Pour améliorer le travail interdisciplinaire et le fonctionnement des programmes et services, plusieurs protocoles, ordonnances individuelles et collectives et d'autres formulaires ont été élaborés et approuvés par l'exécutif.

Voici résumées l'ensemble des interventions du CMDP en vue d'améliorer les services de santé offerts par le CSSS de Témiscouata.

Comité Paraclinique

3 rencontres tenues en 2013-2014

Pour débiter, voici la mention soulignée dans le rapport de l'équipe de l'Agrément lors de leur visite au CSSS de Témiscouata :

Hélène Bossé
présidente, aide-cuisinière

Guyline Dupont
vice-présidente
agente administrative

Véronique Bouchard
secrétaire
agente administrative

Jean-Guy Beaulieu
préposé aux bénéficiaires

Guylène Michaud
préposée à l'entretien ménager

Sylvie Morin
préposée au service alimentaire

Sarah Lebel, directrice RH

Thérèse Viel, directrice générale

«Il est intéressant de souligner que le CSSS de Témiscouata s'est doté d'un Conseil paraclinique. Nous ne pouvons que souligner la valeur ajoutée d'un tel comité. Les témoignages portant sur la reconnaissance des pairs par ce comité au cours de la dernière année sont dignes de mention.»

Pour l'année 2013-2014, la première rencontre tenue en avril 2013, nous nous sommes interrogées sur la relance du conseil en présence de la présidente madame Hélène Bossé ainsi que madame Thérèse Viel, directrice générale et madame Sarah Lebel, directrice des ressources humaines du CSSS.

À l'avenir, les rencontres se dérouleront sur des journées complètes à raison de 3 par année. Ces rencontres permettront aux membres du conseil d'exercer leur mandat tel que dévolu dans les statuts et règlements du conseil paraclinique. L'objectif poursuivi étant de participer à l'amélioration des soins et des services dispensés par ses membres.

En cette fin d'année, nous avons revu notre plan d'action de même que révisé nos statuts et règlements. Par ailleurs, nous diffusons dans le journal FacteurSanté des informations relatives aux activités du présent conseil.

Pour terminer, le conseil continuera ses activités prévues au plan d'action 2014-2015 qui sont entre autres:

- Collaborer aux activités de sensibilisation portant sur l'importance de la confidentialité;
- Valoriser les professions représentées par le CPC;
- Maximiser la visibilité du CPC;
- Revoir le processus d'accueil à la clientèle;
- Procéder à l'inventaire des guides et outils reliés aux activités d'accueil et orientation.

Carole Deschênes
présidente
organisatrice communautaire

Mélissa Lévesque Parker
vice-présidente
travailleuse sociale

Lucie Marcotte, secrétaire,
physiothérapeute

Mario Fournier
technicien en génie biomédical

Nathalie Martel, technicienne en
assistance sociale

Denis Blais, directeur des services à la
communauté, sociaux et de la santé
publique

Thérèse Viel, directrice générale

**5 rencontres tenues
en 2013-2014**

Le 18 octobre 2013, la nomination des officiers s'est conclue en désignant Carole Deschênes au poste de présidente, Mélissa Lévesque-Parker, celui de vice-présidente et Lucie Marcotte poursuivra comme secrétaire du CECM. Nathalie Martel et Mario Fournier agiront comme administrateurs.

L'année 2013-2014 a su dynamiser le CECM, puisque les membres ont réussi à réaliser les priorités d'action établies et par surcroît à travailler sur quelques dossiers supplémentaires. Voici les réalisations de la dernière année :

REDYNAMISER LE CECM :

Le CECM a travaillé très fort sur cette priorité du plan d'action. La promotion de la brochure (mandat, rôle, fonctions, etc.) s'est faite tout au long de l'année. Les nouveaux membres du CM ont été invités à participer à une rencontre du

Comité exécutif du conseil multidisciplinaire

CECM. Mesdames Stéphanie Belley et Claudine Pelletier ont répondu positivement à l'appel et ont assisté à une réunion.

Pareillement à l'an passé, une intervenante est venue présenter sa profession lors de l'AGA 2013. C'est madame Carole Deschênes qui est venue nous entretenir sur l'organisation communautaire en CSSS.

SEMAINES DE VALORISATION DU PERSONNEL

La présidente a eu plusieurs rencontres à ce sujet avec la directrice des ressources humaines et du développement organisationnel de l'établissement. Le système de reconnaissance amenait une surcharge de travail aux membres et il y a avait iniquité par rapport au nombre de membres pour le budget alloué. De plus, l'objectif de rejoindre la population n'était pas atteint.

L'idée retenue est finalement venue de monsieur Denis Blais suite à des discussions en comité de direction. Une semaine de « reconnaissance des employés » se déroulera donc en novembre prochain où il y aura distribution d'un petit cadeau (ex. : tasse, crayon, sous-verre, etc.) à chacun des employés du CSSS. Lors de cette semaine, afin de rejoindre la population, il a été proposé de faire des entrevues radiophoniques, articles dans les journaux, etc. De plus, des intervenants pourraient présenter leurs professions dans les écoles. Cette semaine se terminera par la soirée reconnaissance.

SUIVI DU PLAN D'ORGANISATION DES SERVICES À LA POPULATION

Monsieur Denis Blais a fait une présentation du bilan des activités du guichet d'accès AEO social, depuis la réorganisation en avril 2013.

SUIVI LOI 90 (RÉADAPTATION)

Un suivi a été fait par madame Lucie Marcotte qui a reçu le document finalisé. Les intervenantes ont révisé le formulaire de demande de consultation en physiothérapie afin de mieux s'adapter à la loi. Au besoin, des ajustements pourront être faits et mis en annexe.

SUIVI DE L'APPLICATION DE LA LOI 21

Un avis a été rédigé et diffusé aux membres du CM, afin de les inciter à participer à une formation en ligne. Cette activité ayant pour but de leur permettre de se renseigner sur les changements apportés par la Loi 21 modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines.

SUIVI DES PLANS D'ACTION AGRÉMENT CANADA

Des membres du CECM ont participé à la présentation des résultats de la visite d'Agrément Canada en mai dernier. Le dossier santé mentale communautaire fera partie des priorités d'action pour 2014-2015.

COMMUNICATIONS ET CIRCULATION D'INFORMATION

La circulation des informations afférentes aux membres du CM s'est faite par la présidence. Les babillards des points de service ont été utilisés pour afficher celles-ci. De plus, des articles ont été rédigés par les membres du CECM et ont été diffusés dans toutes les parutions du journal interne FacteurSanté. Ces articles informaient les membres du CM ainsi que tout le personnel du CSSS sur l'avancement des travaux du CECM.

PAR SURCROÎT :

Le CECM a travaillé sur quelques dossiers supplémentaires qui se sont présentés en cours d'année.

Premièrement, monsieur Denis Blais a présenté l'approche AAPA (Approche Adaptée pour Personnes Âgées) qui répond à une demande du MSSS afin de revoir les contextes de soins et viser à garder l'autonomie de la clientèle âgée.

Deuxièmement, la présidente du CECM a assisté à un des 3 points de presse suite au projet Kaizen sur l'organisation du travail au CHSLD de St-Louis qui sera transposé par la suite au CHSLD de Squatec et Rivière-Bleue.

Troisièmement, une présentation concernant le « Règlement d'application des mesures de contrôle : contention et isolement » a été faite au CECM par madame Manon Gariépy. Celui-ci permettra d'agir de façon concertée pour l'équipe interdisciplinaire, lors de l'application de mesures de contrôle : contention et isolement. Un avis a été rédigé et diffusé aux membres du CM afin qu'ils prennent connaissance du règlement. Une démarche a aussi été faite afin que les thérapeutes en réadaptation physique (TRP) soient incluses dans le document.

Quatrièmement, un avis a été rédigé et diffusé aux membres afin de leur rappeler l'inscription à leur Ordre professionnel respectif.

Finalement, la présidente du CECM a participé à une conférence téléphonique des présidents et présidentes des CM du Bas-Saint-Laurent. Celle-ci avait comme points à l'ordre du jour, la collaboration des CM et de la Commission multidisciplinaire régionale dans la promotion de la qualité de l'acte professionnel multidisciplinaire et le plan de déploiement du Concept régional portant sur le plan d'intervention et le plan de services individualisé (PI-PSI).

SUGGESTIONS DE PRIORITÉS POUR L'ANNÉE 2014-2015

Pour l'année 2014-2015, les priorités seront :

- ✓ Continuer la promotion du CM et poursuivre le recrutement pour le CECM;
- ✓ Concrétiser les travaux concernant la valorisation du personnel;
- ✓ Suivre les plans d'action Agrément-Canada spécifiquement celui de la santé mentale communautaire;
- ✓ Poursuivre les communications au sein du CM;
- ✓ Suivre le dossier sur la réorganisation du travail des CHSLD;
- ✓ Suivre le dossier PI-PSI;
- ✓ Suivre les travaux concernant les techniciens en loisirs en CHSLD (recrutement de bénévoles).

Extrait du rapport annuel

Comité des usagers

6 rencontres tenues en 2013-2014

Voici le rapport annuel d'activité 2013-2014 du comité des usagers du Centre de santé et de services sociaux de Témiscouata.

Les membres se sont basés sur les cinq fonctions du comité (Renseigner, Promouvoir, Défendre, Accompagner, S'assurer du bon fonctionnement des trois comités des résidents) pour jouer leur rôle et être le plus présent possible.

Les membres se font un devoir d'être présents à plusieurs activités sur le territoire, pour faire connaître davantage le comité (Marche de la Mémoire, Clinique de vaccination, Club 50 ans et plus, Centre d'action bénévole, Ligne de vie, Panier de Noël, Table des aînés, etc.).

Cette année, le comité des usagers a décidé en collaboration avec le commissaire local aux plaintes et à la qualité des services et la direction du CSSS de Témiscouata de faire une tournée d'information auprès de la population. Lors de ces cinq soirées d'information dans différentes villes de la région, le comité des usagers et le commissaire local aux plaintes expliquent leur rôle respectif, ainsi que leurs fonctions. De plus, trois directions sont présentes pour présenter leurs services.

Nous avons travaillé aussi à la distribution du calendrier 2014. Cette année, nous avons distribué 4 000 calendriers à travers tout le Témiscouata. Je tiens à remercier tous ceux qui ont participé à la distribution de ces calendriers.

Les commentaires recueillis dans les boîtes à suggestion et le questionnaire de satisfaction à la clientèle sont des leviers importants pour nous aider à améliorer les services.

À tous les membres du comité des usagers et des résidents merci pour votre travail constant et votre présence assidue, à la direction générale, au commissaire local aux plaintes et à la qualité des services, aux médecins et à tout le personnel du CSSS de Témiscouata merci de votre collaboration et votre souci de toujours donner des services de qualité à la population témiscouataine.

Dans un souci d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et services pour les usagers, n'hésitez pas à nous faire part de vos insatisfactions ou suggestions. Les usagers peuvent nous rejoindre en téléphonant au 418 899-0214, poste 10750 et laisser un message. Un membre du comité prend régulièrement les messages afin d'assurer un suivi.

Notre raison d'être demeure toujours « *Le respect des droits des usagers* ».

Marcelle Morin
présidente

Louise Gaulin
vice-présidente

Marcelle O. Malenfant
secrétaire

Norma Cyr

Ginette Soucy

Pauline Tremblay

Lorraine Veilleux

Comité de vigilance et de la qualité

MEMBRES DU COMITÉ

Guy Leblanc
président

Nathalie Dubé
vice-présidente

Marcelle Morin,
membre du CA

Vallier Daigle,
commissaire local aux plaintes et à
la qualité des services

Thérèse Viel,
directrice générale

Cathy Deschênes, personne
invitée, gestionnaire des risques

Trois rencontres ont été tenues en 2013-2014 : 4 juin 2013, 23 octobre 2013 et 4 février 2014

En cours d'année, les éléments suivants ont particulièrement retenus l'attention des membres du comité :

- Beaucoup d'attention et de questionnements ont été soulevés lors des dépôts de rapport du comité de gestion des risques, particulièrement aux incidents en lien avec les chutes et les médicaments;
- Les recommandations et suivis émis par Agrément Canada au CSSS de Témiscouata (CSSST) ont fait l'objet d'analyse par les membres du comité;
- Les rapports déposés par Mme Anne St-Pierre, infirmière en prévention des infections ont permis aux membres de mieux comprendre les suivis rigoureux menés dans les différents sites du CSSST dans le but de prévenir les diverses infections;
- Les membres ont pris connaissance des diverses activités menées par le comité de sécurité civile du CSSST;
- Les membres ont été informés et ont pu s'exprimer sur le déploiement du guichet d'accès unique;
- À chacune des rencontres, les membres ont pu prendre connaissance des différents objets de plaintes déposées et les recommandations émises par le commissaire local aux plaintes et à la qualité des services;
- À la rencontre du 4 juin 2013, les membres ont pris connaissance et émis leurs commentaires suite au dépôt des rapports annuels :
 - Comité de gestion des risques;
 - Comité de prévention des infections;
 - Régime d'examen des plaintes 2012-2013;

Les membres du comité se sentent particulièrement interpellés par la qualité des soins dispensés par le Centre de santé et de services sociaux de Témiscouata. Les informations pertinentes fournies lors de chacune des rencontres leur permettent d'émettre des commentaires constructifs quant à la façon dont les services sont dispensés dans l'établissement.

Merci à la direction et aux intervenants concernés pour leur collaboration.



Comité de vérification

MEMBRES DU COMITÉ

Denis Moreau
président

François Dumas

Vincent Gosselin

Nathalie Dubé
Présidente du CA

Cathy Deschênes
Directrice des services financiers,
techniques et informationnels

Thérèse Viel,
directrice générale

Il me fait grandement plaisir, à titre de président du comité de vérification de vous rendre compte de nos activités durant la dernière année. Le Comité de vérification s'est réuni à sept reprises.

La situation financière de notre organisation nous a beaucoup préoccupés considérant que nous avons approprié une grande partie de notre surplus pour équilibrer notre budget. Plusieurs zones de fragilité étaient déjà connues. De plus, nous avons travaillé pour trouver des mesures d'optimisation pour respecter le cadre budgétaire imposé par le gouvernement. Nous avons travaillé sur le dossier d'économie d'énergie. Nous avons aussi pris connaissance du plan directeur clinique en immobilisation. J'ai participé à la rencontre pour présenter le plan de redressement de notre situation financière à l'Agence de santé et des services sociaux du Bas-St-Laurent.

Enjeux et défis

Plusieurs défis nous attendent pour le prochain exercice. Comme vous l'avez sûrement entendu comme nous, le gouvernement nous demandera de faire notre part pour réduire le déficit. Nous sommes rendus dans un tournant, comme le thème du congrès de l'AQESSS, il faudra franchir le mur et c'est tous ensemble que nous pourrons y arriver.



Comité des ressources humaines

MEMBRES DU COMITÉ

Emmanuelle Rivard
présidente

Juliette Côté

Denis Moreau

Sarah Lebel
Directrice des ressources
humaines et du développement
organisationnel

Thérèse Viel,
directrice générale

Trois rencontres ont été tenues en 2013-2014 : 2 mai 2013, 5 novembre 2013 et 6 février 2014.

En cours d'année, les éléments suivants ont particulièrement retenus l'attention des membres du comité :

- Dépôt des objectifs annuels 2013-2014 de la direction des ressources humaines et du développement organisationnel (DRHDO). Ainsi la DRHDO désire, entre autres, agir sur la diminution du taux d'assurance salaire et de mettre en place des mesures structurantes en regard de la main d'œuvre : attraction - rétention soit par la révision et actualisation des pratiques en matière de dotation et de recrutement ;
- Gestion intégrée de la présence au travail (GIPT) : en novembre dernier, il y a eu dépôt du plan d'action concernant les moyens et les actions concrètes afin d'agir sur la réduction du taux d'assurance salaire. Ce plan est basé sur une approche positive, proactive et intégrée de gestion visant l'amélioration de la présence au travail ;
- Les membres ont pris connaissance des diverses activités menées par la direction des ressources humaines et du développement organisationnel ;
- Les administrateurs ont été informés des travaux dans les dossiers régionaux : dossier du regroupement de la paie et dossier santé sécurité au travail (expertise médicale).
- Les membres ont pu échanger sur le suivi du regroupement des services partagés avec le CSSS des Basques et de la fin de l'entente.

Les membres du comité se sentent particulièrement interpellés par les dossiers d'assurance salaire et de la CSST en regard des coûts importants pour le Centre de santé et de services sociaux de Témiscouata. Les informations pertinentes fournies lors de chacune des rencontres leur permettent d'émettre des commentaires constructifs et de mesurer les actions qui sont prises. Pour l'année 2014-2015, les préoccupations et les priorités d'action demeurent les dossiers d'assurance salaire et la CSST, de même que celui touchant les mesures d'attraction et de rétention de la main-d'œuvre.

Merci à la direction et aux intervenants concernés pour leur collaboration.



Comité de gouvernance et d'éthique

MEMBRES DU COMITÉ

Nathalie Dubé
présidente

Carole Deschênes

Louise Labonté

Denis Moreau

Thérèse Viel,
directrice générale

Quatre rencontres ont été tenues en 2013-2014 : 9 juillet 2013, 14 novembre 2013, 9 janvier 2014 et 18 mars 2014.

En cours d'année, les éléments suivants ont particulièrement retenus l'attention des membres du comité :

- Révision du mandat du comité de gouvernance et d'éthique;
- Révision des règlements de régie interne et adoption au Conseil d'administration;
- Révision du code d'éthique et de déontologie des administrateurs et adoption au Conseil d'administration;
- Programme d'accueil et de formation continue pour les membres du conseil d'administration, deux politiques ont été adoptées, Profils de compétence et d'expérience des administrateurs et Accueil et intégration d'un nouvel administrateur;
- Révision de la politique sur les Relations avec les partenaires extérieurs;
- Préparation d'un lac-à-l'épaule pour le conseil d'administration prévu à l'automne 2014;

Les membres du conseil d'administration ont reçu une formation sur la gouvernance offerte par l'AQESSS en février 2014.

Merci à la direction et aux intervenants concernés pour leur collaboration.

Unité de coordination en éthique

MEMBRES DU COMITÉ

Dr Joan Banet
médecin

Cathy Deschênes
directrice des services financiers,
techniques et informationnels

Manon Gariépy
directrice des soins infirmiers et de
la santé physique

Constance Héroux
Conseillère-cadre aux services
psychosociaux

Membre du comité de gouvernance
et d'éthique du C.A.
(à être nommé)

- Gestion des demandes pour la tenue des projets de recherche dans l'établissement;
- Diffusion des lignes directrices en lien avec l'éthique dans l'organisation (politiques, procédures, règlements, etc.);
- Suivi du plan de mise en œuvre du cadre conceptuel en matière d'éthique dans le CSSS;
- Suivi des activités avec le comité d'éthique KRTB.

Une rencontre a eu lieu avec le comité des usagers en novembre 2013 pour les sensibiliser aux questions d'éthique et les inviter à adresser leurs malaises et questionnements. L'UCÉ a répondu à des demandes de consultation ponctuelles en lien avec des questions d'éthique dans des équipes de travail.

Les objectifs de l'UCÉ pour la prochaine année sont d'offrir de la formation aux employés, médecins et bénévoles du CSSS et de faire connaître encore plus les services offerts par l'UCÉ.

unite.coordination.ethique.cssstemis@csss.gouv.qc.ca

Le comité d'éthique clinique KRTB

Le comité composé de membres des quatre CSSS a tenu 8 rencontres en 2013-2014.

Certaines de ces rencontres ont permis à des équipes locales de soumettre des cas d'éthique cliniques vécus dans leur milieu. En ces occasions, le comité d'éthique clinique KRTB s'est déplacé pour se rendre dans le CSSS qui présentait le cas pour permettre une plus grande participation des équipes soignantes.

Des outils développés par les CSSS sont partagés entre eux, tels dépliants, formations, midi-clinique et des activités de formation ont été offertes aux membres du comité d'éthique clinique KRTB.

Les objectifs pour la prochaine année demeurent d'offrir de la formation dans les différents CSSS au plus grand nombre possible de personnes afin de les sensibiliser pour qu'elles puissent reconnaître et identifier un dilemme éthique.

GESTION DES RISQUES

4 RENCONTRES TENUES EN 2013-2014

MEMBRES DU COMITÉ

Cathy Deschênes,
Directrice des services financiers, techniques et informationnels

Dr Joan Banet, médecin

Karen Joan Sharp,
Chef de programme-volet hébergement

Sylviane Caron,
Technologiste de laboratoire

Geneviève Sozio,
Pharmacienne

Guyline Dupont,
Agente administrative en CHSLD

Manon Gariépy,
Directrice des soins infirmiers et de la santé physique

Patrice Labrosse,
Conseiller en santé et sécurité au travail

Marcelle Morin,
Présidente du comité des usagers

Sylvie Pelletier,
Infirmière

Anne Saint-Pierre
Conseillère en prévention des infections

Laraine Veilleux,
Membre comité des usagers

Sujets discutés

- Statistiques des incidents et accidents
- Suivi des événements de gravité de E2 à 1
- Alertes reçues
- Surveillance des taux d'infections nosocomiales
- Processus d'agrément, état d'avancement des POR
- Suivi aux recommandations du Coroner
- Registre national des incidents et accidents
- Plan de sécurité
- Santé et sécurité au travail
- Formation des nouveaux employés

Rappel de médicaments

- 30 rappels ou alertes en lien avec des médicaments
- 3 concernaient des produits que nous avons en main et ont tous été retournés

Analyse prospective effectuée en cours d'année

- Le groupe des ASI de la santé physique travaille présentement sur une analyse prospective sur la concordance entre le prélèvement et l'identité du patient.

Priorités de la prochaine année

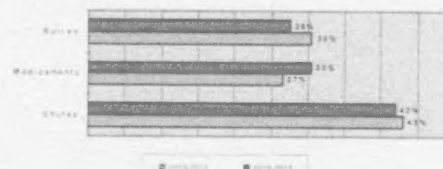
- Formation du personnel pour l'utilisation du nouveau formulaire AH223
- Suivi des rapports trimestriels sur la sécurité des usagers pour le conseil d'administration
- Suivi du plan d'action sécurité

Nouveauté cette année

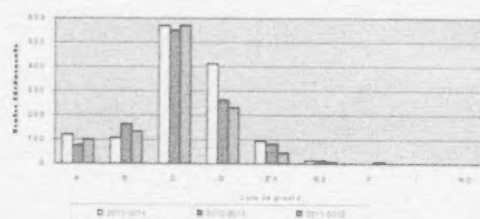
Nous avons produit quatre rapports trimestriels sur la sécurité des usagers qui ont été présentés au comité de vigilance et de qualité.

ÉVÉNEMENTS INDÉSIRABLES

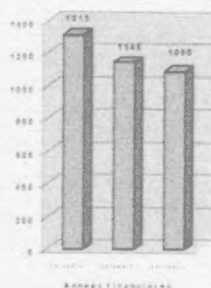
Comparatif sur deux ans



Nombre d'événements selon la gravité



Nombre de déclarations par année



Prévention et contrôle des infections nosocomiales 2013-2014

ACTIVITÉS DU COMITÉ
ET DU SERVICE DE PRÉVENTION
INFECTIONS NOSOCOMIALES

MEMBRES DU COMITÉ

Dr Joan Banet, médecin

Sylvie Deschamps,
assistante chef de laboratoire

Manon Gariépy,
Directrice des soins infirmiers
et de la santé physique,
Responsable de la prévention
des infections nosocomiales

Patrice Labrosse,
Conseiller en santé et sécurité au travail

Michel Lebrun, assistant-chef bouandier
Service technique

Dre Danielle Maisan,
Microbiologiste infectiologue consultante

Dre Jacqueline Morissette, médecin

Johanne Morneau,
assistante au bloc opératoire

Julie Ouellet,
assistante au bloc opératoire

Anne Saint-Pierre
Conseillère en prévention
des infections nosocomiales
Présidente du comité

Karen Joan Sharp,
Chef de programme volet hébergement

Vivianne Treyvaud, chef de secteur
des services hospitaliers

Trois rencontres formelles du comité en
2013-2014.

Taux moyen de présence : 85%.

Formation d'un comité spécial pour la
gestion d'écllosion en milieu de soins en
janvier 2014.

Faits saillants

Suite à l'écllosion de Diarrhée Associée au *Clostridium Difficile* (DADC)
en 2011-2012, aucun cas d'origine nosocomiale n'est apparu durant
22 périodes administratives consécutives.

Sujets abordés

Diffusion des données de surveillance des infections nosocomiales.

Promotion de la vaccination antigrippale des employés par la santé et sécurité du travail.

Modification des mesures de prévention selon l'épidémiologie régionale des ERV : (entérocoques résistants à la vancomycine), dépistage systématique d'ERV à l'admission et mensuel de la clientèle sur l'unité de courte durée.

Recommandation du comité de prévention des infections nosocomiales au comité de direction : élaboration d'une politique d'attribution des chambres privées en tenant compte du risque infectieux pour la prévention des infections nosocomiales et des écllosions en milieu de soins.

Types de surveillance provinciale :

- Bactériémies nosocomiales à SARM.
- Infections et colonisation à ERV
- Infections et colonisation à BGNPC (bactéries gram négatives productrices de carbapénémases)

Surveillance globale locale

Des infections urinaires, des bactériémies sur cathéters centraux, des pneumonies.

Surveillance des infections de sites chirurgicaux.

Surveillance du risque infectieux :

Outil de surveillance et de suivi du risque infectieux en continu de l'urgence et de la courte durée.

Prévention et gestion d'écllosions en collaboration avec la DSP du Bas-St-Laurent :

- de virus respiratoires, d'influenza, de gastro-entérite en centre d'hébergement et de soins de longue durée.
- de SARM, de gastro-entérite, d'influenza, de *Clostridium difficile*, d'ERV et tout autre microorganisme émergent en courte durée.

Formation des employé(e)s :

Cohortes de nouveaux employés de tous types d'emplois : formation générale sur les pratiques de bases, l'hygiène des mains et l'étiquette respiratoire (1h).

Formation en ligne (plate-forme de formation du CHUQ avec un financement de l'ASSS du BSL) sur :

1. « La prévention et le contrôle des infections »
2. « L'hygiène des mains et l'étiquette respiratoire »

125 employés des secteurs cliniques et paracliniques de tous les sites du CSSS ont suivi cette formation (durée : 1h15) à l'automne 2013.

Formation de partenaires : en novembre 2013, formation du personnel des 20 résidences privées pour personnes âgées de notre territoire selon le Guide de prévention des infections dans les résidences privées pour aînés en collaboration avec l'Agence de la santé et de service sociaux du Bas-St-Laurent.

Partenaire : Table régionale en prévention des infections nosocomiales TRPIN (6 rencontres annuelles).

Sous-comité de travail sur l'élaboration des dictionnaires du logiciel de surveillance « Nosokos ».

Données de surveillance comparatives DIARRHÉE ASSOCIÉE AU *CLOSTRIDIUM DIFFICILE* (DADC)

Année financière 2013-2014	Taux moyen 10 000 jrs-présence	Nombre de DADC nosocomiale brut
CSSS de Témiscouata	2,4	2
Bas-St-Laurent	4,3	51
Province de Québec	7,3	2668
Cible provinciale	4,4	—

Ressources humaines de l'établissement

Effectif de l'établissement	Exercice en cours	Exercice précédent
<u>Les cadres : (en date du 31 mars)</u>		
- Temps complet (excluant les personnes en stabilité d'emploi)	15	16
- Temps partiel.....	4	4
Nombre de personnes : Équivalents temps complet (a) (excluant les personnes en stabilité d'emploi)	3	5
- Nombre de cadres en stabilité d'emploi.....	-	-
<u>Les employés réguliers : (en date du 31 mars)</u>		
- Temps complet (excluant les personnes en stabilité d'emploi)	197	199
- Temps partiel.....	190	199
Nombre de personnes : Équivalents temps complet (a) (excluant les personnes en stabilité d'emploi)	114	137
- Nombre de cadres en stabilité d'emploi.....	-	-
<u>Les occasionnels :</u>		
- Nombre d'heures rémunérées au cours de l'exercice.....	183 774	175 755
Équivalents temps complet (b)	101	96

- Cat 1 - Syndicat des professionnels en soins infirmiers et respiratoires du Témiscouata (CSN) - Martine Breton
 Cat 2 - Syndicat des travailleurs et travailleuses de la santé du Témiscouata (CSN) - Jean-Guy Beaulieu
 Cat 3 - Syndicat des employés de bureau de la santé du Témiscouata (CSN) — Jean-Guy Beaulieu
 Cat 4 - Alliance du personnel professionnel et technique de la santé et des services sociaux (APTS) — Marthe Charest

<p>Taux d'assurance salaire : 8,29%</p> <p>Cible 2013-2014: 5,90%</p>

États financiers et analyse des résultats des opérations

La firme Raymond Chabot Grant Thornton a audité les états financiers au 31 mars 2014 du Centre de santé et de services sociaux de Témiscouata. Les résultats présentent un déficit de 140 637\$ au fonds d'exploitation et un déficit de 438 487\$ au fonds d'immobilisation pour un déficit total de 579 124\$ (voir annexe B pour le détail de l'état des résultats, des surplus et de la situation financière).

Outre la réserve de l'auditeur indépendant sur la façon exigée par le MSSS de comptabiliser les contrats de location d'immeubles qui va à l'encontre des normes comptables, le rapport de l'auditeur indépendant confirme que les états financiers donnent, dans tous leurs aspects significatifs, une image fidèle de la situation financière du Centre de santé et de services sociaux de Témiscouata au 31 mars 2014 ainsi que des résultats de ses activités, de la variation des surplus cumulés, de la variation de sa dette nette et de ses flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date, conformément aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public (voir annexe B pour le rapport complet de l'auditeur indépendant).

RAPPORT STATISTIQUE

VOLET HÔPITAL (CH)				
ACTIVITÉS	2013-2014		2012-2013	
	Lits au permis	Lits dressés	Lits au permis	Lits dressés
	35	25	35	25
Usagers admis	1270		1232	
Taux d'occupation	91.91%		86.51%	
Durée moyenne de séjour	6.67%		6.35%	
SERVICES	Unités de mesure 2013-2014		Unités de mesure 2012-2013	
Imagerie médicale CH + CLSC (l'unité technique)	334 789		316 337	
Électrophysiologie (l'unité technique)	102 103		103 772	
Urgence CH + CLSC (le nombre de visites)	32 541		32 286	
Tomodensitométrie	92 607		91 427	
Laboratoire CH + CLSC (la procédure pondérée)	664 001		605 974	
Inhalothérapie (l'unité technique provinciale)	95 454		158 935	
Physiothérapie CH + CLSC (le jour-traitement)	6 595		6 981	
Ergothérapie (le jour-traitement)	398		866	
Bloc opératoire :				
Chirurgie hospitalisation (le nombre d'interventions)	184		142	
Chirurgie d'un jour (le nombre d'interventions)	180		240	
Chirurgie ambulatoire (le nombre d'interventions)	428		474	
Endoscopie (le nombre d'exams)	1 505		1 622	
Médecine de jour (le jour-traitement)	6 508		4 935	
Médecine et chirurgie (le jour-présence)	8 105		7 629	
Consultations externes spécialisées (la visite)	5 585		5 466	
Service alimentaire (jour repas)	191 258		190 008	
Services sociaux (CH & CHSLD) (l'usager)	251		215	
Buanderie (kilogramme de linge souillé)	289 465		270 443	
Nouveaux-nés admis durant l'année	83		78	
VOLET CENTRE D'HÉBERGEMENT DE SOINS DE LONGUE DURÉE (CHSLD)				
ACTIVITÉS	2013-2014		2012-2013	
Établissements	Lits dressés	% d'occupation	Lits dressés	% d'occupation
Centre d'hébergement de Squatec	24	96.04%	24	94.60%
Centre d'hébergement de Saint-Louis	43	102.34%	43	97.70%
Centre d'hébergement de Rivière-Bleue	44	100.38%	44	92.91%
Taux combiné	111	100.20%	111	95.13%
	Usagers	Le jour-présence	Usagers	Le jour-présence
Hébergement temporaire	82	1 903	54	948
Centre de jour (les usagers)			54	
VOLET CENTRE LOCAL DE SERVICES COMMUNAUTAIRES (CLSC)				
	2013-2014		2012-2013	
SERVICES	Nombre d'usagers	Interventions	Nombre d'usagers	Interventions
Dével. Adaptation et intégration sociale	144	847	189	1 270
Services psychosociaux jeunes en difficulté	670	3 618	651	2 934
Services ambulatoires santé mentale 1 ^{ère} ligne	263	1 946	189	1 476
Soins infirmiers à domicile	1 031	9 659	932	10 244
Services de santé courants	1 460	6 718	1 560	6 334
Santé parentale et infantile	413	1 687	521	1 566
Aide à domicile	345	9 425	231	8 632
Inhalothérapie à domicile	58	216	55	240
Services dentaires préventifs	449	633	342	377
Services psychosociaux à domicile	522	1 757	453	1 926

Services psychosociaux – autres	201	1 060	212	1 065	
Psychologie	102	531	73	426	
Prévention et protection de la santé publique	4 805	5 562	4 760	5 779	
Services en milieu scolaire	256	495	527	1 124	
Orthophonie pour enfants en CLSC	45	99	67	227	
Adaptation et soutien à la personne DI-TED	41	614	42	275	
Nutrition	393	652	360	614	
Ergothérapie et physiothérapie à domicile	447	2 817	409	2 347	
TOTAL	11 645	48 336	11 363	45 330	
Gestion des plaintes					
Année	Plaintes en traitement au début de l'exercice	Plaintes reçues durant l'exercice	Plaintes conclues durant l'exercice	Délai moyen pour conclure un dossier	Plaintes en traitement à la fin de l'exercice
2012-2013	CLQ* :1	23	21	24 jours	2
	ME :0	1	1	25 jours	0
2013-2014	CLQ* :1	20	22	20 jours	0
	ME :0	3	1	37 jours	2
*CLQ : Commissaire Local à la Qualité des services		*ME : Médecin Examinateur			

État du suivi des réserves, commentaires et observations formulés par l'auditeur indépendant						
Description des réserves, commentaires et observations	Année 2013 2014	Nature (R, O ou C)	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2014		
				R 5	PR 6	NR 7
Signification des codes : Colonne 3 : R : pour réserve O : pour observation C : pour commentaire Colonne 5, 6 et 7 : R : pour réglé PR : pour partiellement réglé NR : pour non réglé						
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les états financiers						
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les unités de mesure et les heures travaillées et rémunérées						
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur le respect des conditions de rémunération en vigueur lors de l'octroi de contrats soumis à la directive ministérielle 2012-026 ou à l'article 2 du Règlement sur certaines conditions de travail applicables aux cadres						
Questionnaire à remplir par l'auditeur indépendant (vérificateur externe)						
Rapport à la gouvernance						
Contrôles au niveau des opérations. Fonctions incompatibles.	2008-2009	O	Conscient de la problématique, l'organisation du travail ne le permet pas. Il faudrait revoir tous les postes au niveau de la comptabilité.			X
Mise à jour des fichiers maîtres des fournisseurs			Autant que possible, c'est la personne à la comptabilité qui crée les fournisseurs. Difficulté à transférer à d'autres personnes les tâches, étant donné la petitesse des équipes et les multitâches.			
Rémunération : Informations sur l'employé. Ce sont les mêmes personnes affectées au processus d'entrée de données qui ont fait le suivi sans aucune surveillance par une personne responsable.	2008-2009	O	Aucune			X

La direction devrait mettre en œuvre des processus pour identifier les risques de fraude et pour répondre à ces risques. Le comité d'audit devrait exercer une surveillance sur ces processus.	2009-2010	O	Aucune			X
Un plan de relève ou de contingence écrit et testé devrait couvrir tous les systèmes critiques informatiques.	2008-2009	O	L'élaboration des mesures transitoires de sécurité seront appliquées lors de la mise en place du plan directeur.		X	
Unités de mesure : plusieurs rapports périodiques sont manquants.	2009-2010	O	Mise en place d'un nouveau système d'approbation des données.		X	
Unités de mesure : Il y a des rapports périodiques qui ne sont pas approuvés par les gestionnaires.	2009-2010	O	Mise en place d'un nouveau système d'approbation des données.		X	

Code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration

ARTICLE I – DISPOSITIONS GÉNÉRALES

1.1 Préambule

Le préambule et les annexes font partie intégrante du présent Code.

1.2 Objectifs généraux et champ d'application

Le présent Code a pour objectifs de préserver et de renforcer le lien de confiance de la population dans l'intégrité et l'impartialité des membres du Conseil d'administration de l'Établissement CSSS de Témiscouata, de favoriser la transparence au sein de ce dernier et de responsabiliser ses administrateurs en édictant les principes d'éthique et les règles de déontologie qui leur sont applicables. Ce Code a pour prémisses d'énoncer les obligations et devoirs généraux de chaque administrateur. Par contre, ce Code ne vise pas à remplacer les lois et les règlements en vigueur, ni à établir une liste exhaustive des normes à respecter et des comportements attendus des membres du Conseil d'administration de l'Établissement. En effet, ce Code :

- 1° Traite des mesures de prévention, notamment des règles relatives à la déclaration des intérêts;
- 2° Traite de l'identification de situations de conflit d'intérêts;
- 3° Régit ou interdit des pratiques reliées à la rémunération des administrateurs;
- 4° Traite des devoirs et obligations des administrateurs même après qu'ils ont cessé d'exercer leurs fonctions;
- 5° Prévoit des mécanismes d'application du Code dont la désignation des personnes chargées de son application et la possibilité de sanctions.

Le présent Code s'applique à tout administrateur de l'Établissement CSSS de Témiscouata. Tout administrateur est tenu, dans l'exercice de ses fonctions, de respecter les principes d'éthique et les règles de déontologie prévus par le présent Code ainsi que par la loi. En cas de divergence, les règles les plus exigeantes s'appliquent.

1.3 Fondement

Le présent Code repose notamment sur les dispositions suivantes :

- Articles 6, 7, 321 à 330 du *Code civil du Québec*, L.R.Q., c. C-1991;
- Articles 100, 129, 131, 132.3, 154, 155, 172, 172.1, 174, 181, 181.0.0.1, 197, 198, 199, 200, 201, 235 et 274 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, L.R.Q., c. S-4.2;
- Articles 3.0.4, 3.0.5 et 3.0.6 de la *Loi sur le ministère du Conseil exécutif*, L.R.Q., c. M-30.

ARTICLE II – DÉFINITIONS ET INTERPRÉTATION

À moins d'une disposition expresse au contraire ou à moins que le contexte ne le veuille autrement dans le présent Code, les termes suivants signifient :

- a) **Administrateur** : un membre du Conseil d'administration de l'Établissement, qu'il soit élu, nommé, désigné ou coopté;
- b) **Code** : le code d'éthique et de déontologie des membres du Conseil d'administration de l'Établissement élaboré par le comité de gouvernance et d'éthique et adopté par le Conseil d'administration;
- c) **Comité de discipline** : le comité de discipline institué par le Conseil d'administration pour traiter une situation de manquement ou d'omission dont il a été saisi;
- d) **Comité de gouvernance et d'éthique** : le comité de gouvernance et d'éthique de l'Établissement ayant pour fonctions notamment d'assurer l'application et le respect du présent Code ainsi que sa révision, au besoin;
- e) **Conflit d'intérêts** : désigne notamment, sans limiter la portée générale de cette expression, toute situation apparente, réelle ou potentielle, dans laquelle un administrateur peut risquer de compromettre l'exécution

objective de ses fonctions, car son jugement peut être influencé et son indépendance affectée par l'existence d'un intérêt direct ou indirect. Les situations de conflit d'intérêts peuvent avoir trait à l'argent, à l'information, à l'influence ou au pouvoir;

- f) **Conjoint** : une personne liée par un mariage ou une union civile ou un conjoint de fait au sens de l'article 61.1 de la *Loi d'interprétation*, L.R.Q., c. I-16;
- g) **Conseil d'administration** : désigne le Conseil d'administration de l'Établissement;
- h) **Entreprise** : toute forme que peut prendre l'organisation de la production de biens ou de services ou de toute autre affaire à caractère commercial, industriel, financier, philanthropique et tout regroupement visant à promouvoir des valeurs, intérêts ou opinions ou à exercer une influence sur les autorités de l'Établissement;
- i) **Établissement** : désigne le CSSS de Témiscouata ;
- j) **Famille immédiate** : aux fins de l'article 131 (notion de personne indépendante) de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, L.R.Q., c. S-4.2, est un membre de la famille immédiate d'un directeur général, d'un directeur général adjoint ou d'un cadre supérieur de l'Établissement son conjoint, son enfant et l'enfant de son conjoint, sa mère et son père, le conjoint de sa mère ou de son père ainsi que le conjoint de son enfant ou de l'enfant de son conjoint;
- k) **Faute grave** : résulte d'un fait ou d'un ensemble de faits imputables à l'administrateur et qui constituent une violation grave de ses obligations et de ses devoirs ayant pour incidence une rupture du lien de confiance avec les membres du Conseil d'administration de l'Établissement;
- l) **Intérêt** : désigne tout intérêt de nature matérielle, financière, professionnelle ou philanthropique;
- m) **Loi** : toute loi applicable dans le cadre du présent Code, incluant les règlements pertinents;
- n) **Personne indépendante** : tel que prévu à l'article 131 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, L.R.Q., S-4.2., une personne se qualifie comme indépendante si elle n'a pas, de manière directe ou indirecte, de relations ou d'intérêts, notamment de nature financière, commerciale, professionnelle ou philanthropique, susceptible de nuire à la qualité de ses décisions eu égard aux intérêts de l'Établissement¹;
- o) **Proche** : membre de la famille immédiate de l'administrateur étant son conjoint, son enfant et l'enfant de son conjoint, sa mère et son père, le conjoint de sa mère ou de son père ainsi que le conjoint de son enfant ou de l'enfant de son conjoint. Désigne aussi son frère ou sa sœur, incluant leur conjoint respectif;
- p) **Renseignements confidentiels** : une donnée ou une information dont l'accès et l'utilisation sont réservés à des personnes ou entités désignées et autorisées. Ces renseignements comprennent tout renseignement personnel, stratégique, financier, commercial ou scientifique détenu par l'Établissement, ce qui inclut tout renseignement dont la divulgation peut porter préjudice à un usager, à une personne en fonctions dans l'Établissement ou à l'Établissement lui-même.

Toute information de nature stratégique ou autre, qui n'est pas connue du public et qui, si elle était connue d'une personne qui n'est pas un membre du Conseil d'administration de l'Établissement, serait susceptible de lui procurer un avantage quelconque ou de compromettre la réalisation d'un projet auquel l'Établissement participe.

ARTICLE III – PRINCIPES D'ÉTHIQUE

L'éthique qui apparaît la plus significative dans le domaine de l'administration publique retrouve son sens dans la dynamique des valeurs telles qu'être transparent, responsable et juste².

- 3.1 L'administrateur agit dans les limites des pouvoirs qui lui sont conférés, avec soin, prudence, diligence et compétence comme le ferait en pareilles circonstances une personne raisonnable, avec honnêteté et loyauté dans l'intérêt de l'Établissement et de la population desservie. L'administrateur remplit ses devoirs et obligations générales selon les exigences de la bonne foi.

1. Sur la portée de la notion de « personne indépendante », nous nous référons au communiqué AJ2011-07 émis le 19 octobre 2011 (résumé).

2. ASSOCIATION DES DIRECTEURS GÉNÉRAUX DES SERVICES DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC, *Éthique et directeur général*, février 1987, p. 5.

- 3.2 L'administrateur doit témoigner d'un constant souci du respect de la vie humaine et du droit de toute personne de recevoir des services de santé et des services sociaux.
- 3.3 L'administrateur est tenu, dans l'exercice de ses fonctions, de respecter les principes d'éthique et les règles de déontologie qui sont prévues au présent Code.
- 3.4 L'administrateur est sensible aux besoins de la population et privilégie la prise en compte des droits fondamentaux de la personne.
- 3.5 L'administrateur souscrit aux principes de pertinence, de continuité, d'accessibilité, de qualité, de sécurité et d'efficacité des services dispensés, principes préconisés en vertu de la LSSSS.
- 3.6 L'administrateur exerce ses responsabilités dans le respect des orientations locales, régionales et nationales en tenant compte des ressources humaines, matérielles, informationnelles, technologiques et financières de l'Établissement.
- 3.7 L'administrateur participe activement et dans un esprit de concertation à l'élaboration et à la mise en œuvre des orientations générales de l'Établissement.
- 3.8 L'administrateur contribue, dans l'exercice de ses fonctions, à la réalisation de la mission, au respect des valeurs et de la vision de l'Établissement en mettant à profit ses aptitudes, ses connaissances, son expérience et sa rigueur.

ARTICLE IV – RÈGLES DE DÉONTOLOGIE

La déontologie est un ensemble de règles et de normes de conduite qui régissent une profession ou une fonction, et dans ce dernier cas, celle d'administrateurs³.

Disponibilité et participation active

- 4.1 L'administrateur se rend disponible pour remplir ses fonctions en étant régulièrement présent aux séances du Conseil d'administration, en prenant connaissance des dossiers et en prenant une part active aux décisions du Conseil d'administration. Il favorise l'esprit de collaboration au sein du Conseil d'administration et contribue à ses délibérations.

Respect

- 4.2 L'administrateur, dans l'exercice de ses fonctions, est tenu de respecter les dispositions des lois, règlements, normes, politiques et procédures applicables. Il est notamment tenu de respecter les devoirs et obligations générales de ses fonctions selon les exigences de la bonne foi.
- 4.3 L'administrateur agit de manière courtoise et entretient à l'égard de toute personne des relations fondées sur le respect, la coopération et le professionnalisme.
- 4.4 L'administrateur doit respecter les règles qui régissent le déroulement des séances du Conseil d'administration, particulièrement celles relatives à la répartition du droit de parole et à la prise de décision. Il s'engage à respecter la diversité des points de vue en la considérant comme nécessaire à une prise de décision éclairée du Conseil d'administration. Il respecte toute décision du Conseil d'administration, malgré sa dissidence.

Soin et compétence

- 4.5 L'administrateur doit agir dans les limites des pouvoirs qui lui sont conférés avec soin et compétence, comme le ferait en pareilles circonstances une personne raisonnable, et dans l'intérêt de l'Établissement.

Neutralité

- 4.6 L'administrateur se prononce sur les propositions en exerçant son droit de vote de la manière la plus objective possible. À cette fin, il ne peut prendre d'engagement à l'égard de tiers ni leur accorder aucune garantie relativement à son vote ou à quelque décision que ce soit.
- 4.7 L'administrateur doit placer les intérêts de l'Établissement avant tout intérêt personnel ou professionnel.

Transparence

3. AQESSS, *Déontologie et éthique* — définitions, fiche révisée, janvier 2012, 2 p.

- 4.8 L'administrateur exerce ses responsabilités avec transparence, notamment en appuyant ses recommandations sur des informations objectives et suffisantes.
- 4.9 L'administrateur partage avec les membres du Conseil d'administration toute information utile ou pertinente aux prises de décisions du Conseil d'administration.

Discrétion et confidentialité

- 4.10 L'administrateur fait preuve de discrétion sur ce dont il a connaissance dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions. De plus, il doit faire preuve de prudence et de retenue pour toute information dont la communication ou l'utilisation pourrait nuire aux intérêts de l'Établissement, constituer une atteinte à la vie privée d'une personne ou conférer, à une personne physique ou morale, un avantage indu.
- 4.11 L'administrateur préserve la confidentialité des délibérations du Conseil d'administration, des positions défendues, des votes des membres ainsi que toute autre information qui exige le respect de la confidentialité, tant en vertu d'une loi que selon une décision de l'Établissement.
- 4.12 L'administrateur s'abstient d'utiliser des informations confidentielles obtenues dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions à son avantage personnel, à celui d'autres personnes physiques ou morales ou à celui d'un groupe d'intérêts.
- 4.13 Tout administrateur est responsable d'une utilisation appropriée des actifs informationnels mis à sa disposition. En ce sens, il s'engage à respecter la politique sur l'utilisation des actifs informationnels de l'établissement.
- 4.14 Compte tenu de ce qui précède, tout administrateur ne doit pas télécharger, transmettre ou diffuser des renseignements personnels ou confidentiels sans l'autorisation préalable de l'établissement, y compris en fin de mandat.
- 4.15 Tout administrateur ne doit pas copier ou autrement reproduire des renseignements personnels ou confidentiels, sans l'autorisation préalable de l'établissement, y compris en fin de mandat.

Relations publiques

- 4.16 L'administrateur respecte la politique de l'Établissement sur les relations avec les médias.

Charge publique

- 4.17 L'administrateur informe le Conseil d'administration de son intention de présenter sa candidature à une charge publique électorale.
- 4.18 L'administrateur doit démissionner immédiatement de ses fonctions d'administrateur lorsqu'il est élu à une charge publique à temps plein. De plus, il doit démissionner de ses fonctions d'administrateur s'il est élu à une charge publique dont l'exercice est à temps partiel et que cette charge est susceptible de le placer en situation de conflit d'intérêts.

Biens et services de l'Établissement

- 4.19 L'administrateur utilise les biens, les ressources et les services de l'Établissement selon les modalités d'utilisation déterminées par le Conseil d'administration. Il ne peut confondre les biens de l'Établissement avec les siens. Il ne peut les utiliser à son profit ou au profit d'un tiers, à moins qu'il ne soit dûment autorisé à le faire par le Conseil d'administration. Il en va de même des ressources et des services mis à sa disposition par l'Établissement.
- 4.20 L'administrateur ne reçoit aucun traitement pour l'exercice de ses fonctions. Il a cependant droit au remboursement des dépenses faites dans l'exercice de ses fonctions aux conditions et dans la mesure que détermine le gouvernement.

Avantages et cadeaux

- 4.21 L'administrateur ne doit pas solliciter, accepter ou exiger, dans son intérêt ou celui d'un tiers, ni verser ou s'engager à verser à un tiers, directement ou indirectement, un cadeau, une marque d'hospitalité ou tout avantage ou considération lorsqu'il est destiné ou susceptible de l'influencer dans l'exercice de ses fonctions ou de générer des attentes en ce sens.
- 4.22 L'administrateur qui reçoit un avantage contraire au présent Code est redevable envers l'Établissement de la valeur de l'avantage reçu.

Interventions inappropriées

- 4.23 L'administrateur s'abstient d'intervenir dans le processus d'embauche du personnel, sous réserve de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, L.R.Q., c. S-4.2.

- 4.24 L'administrateur s'abstient de manœuvrer pour favoriser des proches ou toute autre personne physique ou morale.

ARTICLE V – ADMINISTRATEURS INDÉPENDANTS

- 5.1 L'administrateur élu, nommé ou coopté, à titre d'administrateur indépendant, doit dénoncer par écrit au Conseil d'administration, dans les plus brefs délais, toute situation susceptible d'affecter son statut. L'administrateur doit transmettre au Conseil d'administration le formulaire de l'Annexe II du présent Code, au plus tard dans les vingt (20) jours suivant la présence d'une telle situation.

ARTICLE VI – CONFLIT D'INTÉRÊTS

- 6.1 L'administrateur ne peut exercer ses fonctions dans son propre intérêt ni dans celui d'un tiers. Il doit prévenir tout conflit d'intérêts ou toute apparence de conflit d'intérêts et éviter de se placer dans une situation qui le rendrait inapte à exercer ses fonctions. Il est notamment en conflit d'intérêts lorsque les intérêts en présence sont tels qu'il peut être porté à préférer certains d'entre eux au détriment de l'Établissement ou y trouver un avantage direct ou indirect, actuel ou éventuel, personnel ou en faveur d'un tiers.
- 6.2 Dans un délai raisonnable après son entrée en fonction, un administrateur doit organiser ses affaires personnelles de manière à ce qu'elles ne puissent nuire à l'exercice de ses fonctions en évitant des intérêts incompatibles. Il doit prendre, le cas échéant, toute mesure nécessaire pour se conformer aux dispositions du présent Code.
- 6.3 L'administrateur doit s'abstenir de participer aux délibérations et décisions lorsqu'une atteinte à son objectivité, à son jugement ou à son indépendance pourrait résulter notamment de relations personnelles, familiales, sociales, professionnelles ou d'affaires. De plus, les situations suivantes peuvent, notamment, constituer des conflits d'intérêts :
- a) Avoir directement ou indirectement un intérêt dans une délibération du Conseil d'administration;
 - b) Avoir directement ou indirectement un intérêt dans un contrat ou un projet de l'Établissement;
 - c) Obtenir ou être sur le point d'obtenir un avantage personnel qui résulte d'une décision du Conseil d'administration;
 - d) Avoir une réclamation litigieuse auprès de l'Établissement;
 - e) Se laisser influencer par des considérations extérieures telles que la possibilité d'une nomination ou des perspectives ou offres d'emploi.
- 6.4 L'administrateur doit déposer et déclarer par écrit au Conseil d'administration les intérêts pécuniaires qu'il a dans des personnes morales, des sociétés ou des entreprises qui ont conclu des contrats de service ou sont susceptibles d'en conclure avec l'Établissement en remplissant le formulaire de l'Annexe III du présent Code.
- 6.5 L'administrateur qui a un intérêt direct ou indirect dans une personne morale ou auprès d'une personne physique qui met en conflit son intérêt personnel, celui du Conseil d'administration ou de l'Établissement qu'il administre doit, sous peine de déchéance de sa charge, dénoncer par écrit son intérêt au Conseil d'administration en remplissant le formulaire de l'Annexe IV du présent Code. De plus, il doit s'abstenir de siéger au Conseil d'administration et de participer à toute délibération ou à toute décision lorsque cette question d'intérêt est débattue.
- 6.6 Le fait pour un administrateur d'être actionnaire minoritaire d'une personne morale qui exploite une telle entreprise ne constitue pas un conflit d'intérêts si les actions de cette personne morale se transigent dans une bourse reconnue et si cet administrateur ne constitue pas un initié de cette personne morale au sens de l'article 89 de la *Loi sur les valeurs mobilières* (L.R.Q., c. V-1.1).
- 6.7 L'administrateur qui est en situation de conflit d'intérêts réel, potentiel ou apparent à l'égard d'une question soumise lors d'une séance du Conseil d'administration doit sur-le-champ déclarer cette situation au Conseil d'administration. Cette déclaration doit être consignée au procès-verbal. L'administrateur doit se retirer lors des délibérations et de la prise de décision sur cette question.
- 6.8 Toute personne, lorsqu'elle a un motif sérieux de croire qu'un administrateur est en situation de conflit d'intérêts, et ce, même de façon ponctuelle ou temporaire, doit signaler cette situation, sans délai, au président du Conseil d'administration, ou si ce dernier est concerné, au directeur général. Pour signaler cette situation, cette personne doit remplir le formulaire de l'Annexe V du présent Code. Le président du Conseil d'administration ou, le cas échéant, le directeur général, transmet ce formulaire au Comité de gouvernance et d'éthique. Le Comité de gouvernance et d'éthique peut recommander l'application de mesures préventives ou la tenue d'une enquête par le

comité de discipline. Le Comité de gouvernance et d'éthique remet son rapport écrit et motivé au Conseil d'administration, au plus tard dans les soixante (60) jours de la réception du signalement.

- 6.9** La donation ou le legs fait à l'administrateur qui n'est ni le conjoint ni un proche du donateur ou du testateur, est nulle, dans le cas de la donation ou, sans effet, dans le cas du legs, si cet acte est posé au temps où le donateur ou le testateur y est soigné ou y reçoit des services.

ARTICLE VII – FIN DU MANDAT

- 7.1** Malgré l'expiration de son mandat, l'administrateur doit demeurer en fonction jusqu'à ce qu'il soit remplacé ou élu, désigné, nommé ou coopté de nouveau, tout en maintenant la même qualité d'implication et de professionnalisme.
- 7.2** L'administrateur doit, après l'expiration de son mandat, respecter la confidentialité de tout renseignement, débat, échange et discussion dont il a eu connaissance dans l'exercice ou à l'occasion de ses fonctions au sein du Conseil d'administration.
- 7.3** L'administrateur qui a cessé d'exercer sa charge doit se comporter de manière à ne pas tirer d'avantages indus, en son nom personnel ou pour le compte d'autrui, de ses fonctions antérieures d'administrateur.
- 7.4** À la fin de son mandat, l'administrateur ne doit pas agir, en son nom personnel ou pour le compte d'autrui, relativement à une procédure, à une négociation ou à toute autre situation de l'Établissement pour laquelle il a participé et sur laquelle il détient des informations non disponibles au public.

ARTICLE VIII – APPLICATION DU CODE

8.1 Adhésion au Code

- 8.1.1** Chaque administrateur s'engage à reconnaître et à s'acquitter de ses responsabilités et de ses fonctions au mieux de ses connaissances et à respecter le présent Code ainsi que les lois applicables.
- 8.1.2** Dans les soixante (60) jours de l'adoption du présent Code par le Conseil d'administration, chaque administrateur doit produire l'engagement de l'Annexe I du présent Code. Chaque nouvel administrateur doit aussi le faire dans les soixante (60) jours suivant son entrée en fonction.
- 8.1.3** En cas de doute sur la portée ou sur l'application d'une disposition du présent Code, il appartient à l'administrateur de consulter le Comité de gouvernance et d'éthique de l'Établissement.

8.2 Comité de gouvernance et d'éthique

- 8.2.1** En matière d'éthique et de déontologie, le Comité de gouvernance et d'éthique de l'Établissement a pour fonctions de :
- a) Élaborer un Code d'éthique et de déontologie conformément à l'article 3.1.4 de la *Loi sur le ministère du Conseil exécutif* (L.R.Q., c. M-30);
 - b) Diffuser et promouvoir le présent Code auprès des membres du conseil d'administration;
 - c) Informer les administrateurs du contenu et des modalités d'application du présent Code;
 - d) Conseiller les membres du Conseil d'administration sur toute question relative à l'application du présent Code;
 - e) Assurer le traitement des déclarations de conflits d'intérêts et fournir aux administrateurs qui en font la demande des avis sur ces déclarations;
 - f) Réviser, au besoin, le présent Code et soumettre toute modification au Conseil d'administration pour adoption;
 - g) Évaluer périodiquement l'application du présent Code et faire des recommandations au Conseil d'administration, le cas échéant.

8.3 Comité de discipline

- 8.3.1** Le Conseil d'administration forme un comité de discipline composé de trois membres et, d'un membre substitut, nommés par et parmi les administrateurs de l'Établissement. Le comité est formé d'une majorité de membres indépendants et il est présidé par un membre indépendant.
- 8.3.2** De plus, le Comité de discipline peut avoir recours à une ressource externe à l'Établissement. Une personne cesse de faire partie du Comité de discipline dès qu'elle perd la qualité d'administrateur.
- 8.3.3** Un membre du comité de discipline ne peut siéger lorsqu'il est impliqué dans une situation soumise à l'attention du comité.
- 8.3.4** Le Comité de discipline a pour fonctions de :

- a) Faire enquête lorsqu'il est saisi d'une situation de manquement ou d'omission, concernant un administrateur, aux règles d'éthique et de déontologie prévues par le présent Code;
- b) Déterminer, suite à une telle enquête, si un administrateur a contrevenu ou non au présent Code;
- c) Faire des recommandations au Conseil d'administration sur la mesure qui devrait être imposée à un administrateur fautif.

ARTICLE IX – PROCESSUS DISCIPLINAIRE

- 9.1 Tout manquement ou omission concernant un devoir ou une obligation prévu dans le présent Code constitue un acte dérogatoire et peut entraîner une mesure, le cas échéant.
- 9.2 Le Comité de gouvernance et d'éthique saisit le comité de discipline, lorsqu'une personne a un motif sérieux de croire qu'un administrateur a pu contrevenir au présent Code, en transmettant le formulaire de l'Annexe V du présent Code rempli par cette personne.
- 9.3 Le Comité de discipline détermine, après analyse, s'il y a matière à enquête. Dans l'affirmative, il notifie à l'administrateur les manquements reprochés et la référence aux dispositions du présent Code. La notification informe l'administrateur qu'il peut, dans un délai de vingt (20) jours de l'avis, fournir ses observations par écrit au Comité de discipline et, sur demande, être entendu par celui-ci relativement au manquement reproché. L'administrateur concerné doit en tout temps répondre avec diligence à toute communication ou demande du Comité de discipline.
- 9.4 L'administrateur qui est informé qu'une enquête est tenue à son sujet ne doit pas communiquer avec la personne qui a demandé la tenue de l'enquête.
- 9.5 Le Comité de discipline peut désigner des personnes chargées de faire enquête relativement à la situation ou aux allégations de comportements susceptibles d'être dérogatoires à l'éthique ou à la déontologie. L'enquête doit être conduite de manière confidentielle et protéger, dans la mesure du possible, l'anonymat de la personne à l'origine de l'allégation. Les personnes chargées de faire l'enquête sont tenues de remplir le formulaire d'affirmation solennelle de discrétion de l'Annexe VI du présent Code.
- 9.6 Tout membre du Comité de discipline qui enquête doit le faire dans un souci de confidentialité, de discrétion, d'objectivité et d'impartialité. Il doit être indépendant d'esprit et agir avec rigueur et prudence.
- 9.7 Le Comité de discipline doit respecter les règles de justice naturelle en offrant à l'administrateur concerné une occasion raisonnable de connaître la nature du reproche, de prendre connaissance des documents faisant partie du dossier du comité de discipline, de préparer et de faire ses représentations écrites ou verbales. Si, à sa demande, l'administrateur est entendu par le Comité de discipline, il peut être accompagné d'une personne de son choix.
- 9.8 Ne peuvent être poursuivies en justice en raison d'actes accomplis de bonne foi dans l'exercice de leurs fonctions, les personnes et les autorités qui sont chargées de faire enquête relativement à des situations ou à des allégations de comportements susceptibles d'être dérogatoires à l'éthique ou à la déontologie, ainsi que celles chargées de déterminer ou d'imposer les sanctions appropriées.
- 9.9 Le Comité de discipline transmet son rapport au Conseil d'administration, au plus tard dans les quarante-cinq (45) jours suivant la réception des allégations ou du début de son enquête. Ce rapport est confidentiel et doit comprendre :
 - a) Un état des faits reprochés;
 - b) Un résumé des témoignages et des documents consultés incluant le point de vue de l'administrateur visé;
 - c) Une conclusion motivée sur le bien-fondé ou non de l'allégation de non-respect du présent Code;
 - d) Une recommandation motivée sur la mesure à imposer, le cas échéant.
- 9.10 En application de l'article 9.9 d) du présent Code, le Conseil d'administration se réunit à huis clos pour décider de la mesure à imposer à l'administrateur concerné. Avant de décider de l'application d'une mesure, le Conseil d'administration doit l'aviser et lui offrir de se faire entendre. Ce dernier peut être accompagné d'une personne de son choix. Toutefois, ceux-ci ne peuvent pas participer aux délibérations ni à la décision du Conseil d'administration.
- 9.11 Le Conseil d'administration peut relever provisoirement de ses fonctions l'administrateur à qui l'on reproche un manquement à l'éthique ou à la déontologie, afin de permettre la prise d'une décision appropriée dans le cas d'une situation urgente nécessitant une intervention rapide ou dans un cas présumé de faute grave. S'il s'agit du directeur général, le Conseil d'administration doit s'assurer du respect des dispositions du *Règlement sur certaines*

conditions de travail applicables aux hors-cadres des agences et des établissements publics de santé et de services sociaux, (R.R.Q., c. S-4.2, r. 5.2).

- 9.12 Toute mesure prise par le Conseil d'administration doit être communiquée à l'administrateur concerné. Toute mesure imposée à l'administrateur, de même que la décision de le relever de ses fonctions, doivent être écrites et motivées.
- 9.13 Cette mesure peut être un rappel à l'ordre, une réprimande, une suspension d'une durée maximale de trois (3) mois, une révocation de son mandat, selon la nature et la gravité de la dérogation.
- 9.14 Le secrétaire du Conseil d'administration conserve tout dossier relatif à la mise en œuvre du présent Code, de manière confidentielle, pendant toute la durée fixée par le calendrier de conservation adopté par l'Établissement, conformément aux dispositions de la *Loi sur les archives*, (L.R.Q., c. A-21.1).

ARTICLE X – DIFFUSION DU CODE

- 10.1 L'Établissement doit rendre le présent Code accessible au public et le publier dans son rapport annuel.
- 10.2 Le rapport annuel de gestion de l'Établissement doit faire état du nombre de cas traités et de leur suivi, des manquements constatés au cours de l'année par le Comité de discipline, des décisions prises et des mesures imposées par le Conseil d'administration ainsi que du nom des administrateurs suspendus au cours de l'année ou dont le mandat a été révoqué.

ARTICLE XI – DISPOSITIONS FINALES

11.1 Entrée en vigueur

- 11.1.1 Le présent Code entre en vigueur le jour de son adoption par le Conseil d'administration de l'Établissement.

11.2 Révision

- 11.2.1 Le présent Code doit faire l'objet d'une révision par le Comité de gouvernance et d'éthique de l'Établissement tous les cinq ans ou lorsque des modifications législatives ou réglementaires le requièrent.

Fondation du CSSS de Témiscouata

Chers amis,

La Fondation du CSSS de Témiscouata a connu une très bonne année financière, même si les résultats affichés ci-bas ne démontrent que des résultats partiels. Comme notre année financière débutait le 1^{er} juillet 2013 et se terminera le 30 juin 2014, les revenus cumulés au 31 mars sont de 135 220 \$, pour des dépenses de 125 843 \$ et des revenus nets de 9 376 \$. Notez qu'à partir de ces mêmes dépenses, une somme de 52 388 \$ a été affectée à l'achat d'équipements pour tout le CSSST. De plus, 1 000 \$ ont été investis pour des équipements en centre d'entraînement, destinés à une clientèle à risque du CSSST. Dans le même ordre, 2 000 \$ ont été investis pour l'aménagement de la chambre des naissances au département d'obstétrique de l'Hôpital de Notre-Dame-du-Lac. Nous sommes aussi détenteurs de placements pour 340 000 \$, qui ont généré au 31 mars des revenus d'intérêts de 3 793 \$. D'ici la fin de notre année financière, d'autres sommes seront investies pour l'achat d'équipements.

La campagne Carte de membre 2014 a rapporté à ce jour 23 201 \$ et les dons continuent d'entrer. Ces sommes serviront principalement à aménager des chambres en soins palliatifs. Les autres dons dédiés spécifiquement aux soins palliatifs s'élèvent à 12 370 \$. Les billets du Club Voyage 500, édition 2013-2014 ont été vendus en totalité (500 billets) et ont

généré des revenus nets de 33 602 \$. De plus, les dons funéraires ont rapporté à ce jour, la somme de 4 600 \$. Nos Gouverneurs nous ont offert en dédicace 15 086 \$. Les enfants des écoles primaires du Témiscouata ont amassé la somme de 1 478 \$, lors de la collecte de sous de l'Halloween. Toutefois, l'activité ne sera pas reconduite l'an prochain. La vente d'articles promotionnels a rapporté 1 032 \$ et la campagne vide-tirelire 468 \$. Finalement, comme la date de la 14^e édition du tournoi de golf de la SQ n'est pas encore déterminée, nous ne pouvons pas la comptabiliser. Un don de 4 000 \$ nous a aussi été offert par la Caisse Populaire du Portage, en collaboration avec Desjardins Sécurité Financière. Et finalement, un don de 10 000 \$ nous a été généreusement offert par les Filles de Jésus en 2013, qui sera toutefois dédié exclusivement aux soins palliatifs.

La mission première de la Fondation du CSSS de Témiscouata est l'achat d'équipements médicaux et en ce sens, nous avons entièrement payé les équipements de la liste de priorité # 1, pour un total de 208 578 \$ et ce, en 2012-2013. L'achat des équipements suivants est prévu, au cours de 2014-2015 et ce, pour un total de 122 178 \$. Voici la liste des équipements qui seront achetés en priorité.

Programme	Département	Description	Quantité	Coût unitaire	Coût total
Électro-physiologie-inhalothérapie	CH	Holter	1	5 000 \$	5 000 \$
Unité multi-clientèle	CHSLD	Lit bariatrique (personne obèse)	1	17 305 \$	17 305 \$
Unité multi et bloc	CH	Lit Lazy-Boy (personne obèse)	1	3 700 \$	3 700 \$
Soins palliatifs	Soins à domicile	Surmatelas de cellules ROHO, avec base	2	2 880 \$	5 760 \$
Soins palliatifs	Soins à domicile	Fauteuil Théraglyde	1	1 000 \$	1 000 \$
Obstétrique	CH	Rehaussement moniteur — ajout télémetrie	1	13 039 \$	13 039 \$
Obstétrique	CH	Sonde à Doppler submersible	1	395 \$	395 \$
Médecine de jour	CH	DEA ZOLL - défibrillateur	1	800 \$	800 \$
Obstétrique	CH	Incubateur nouveau-né	1	16 000 \$	16 000 \$
Centres d'hébergement	CHSLD	Chariots mobiles loisirs	3	2 108 \$	6 325 \$
Unité multi et bloc	CH	Pompe PCA par voie épidurale	1	5 500 \$	5 500 \$
Unité multi et bloc	CH	Système de positionnement pour épidurale	1	3 700 \$	3 700 \$
Obstétrique	Ch	Moniteur fœtal	1	29 754 \$	29 754 \$
Obstétrique	CLSC Rivière-Bleue et GMF	VScan Pocket Ultrasound	1	7 900 \$	7 900 \$
Urgence psy et unité multi	CH	Civières	2	3 000 \$	6 000 \$

Il nous fait plaisir de vous présenter notre dévoué conseil d'administration, qui représente tous les secteurs du Témiscouata.

Monsieur Michel Bastille, **président**

Madame Nicole Denoncourt, **administratrice**

Docteure Linda Landry, **vice-présidente**

Madame Guylaine Dupont, **administratrice**

Madame Thérèse Viel, **secrétaire**

Monsieur Raymond Gagné, **administrateur**

Monsieur Lionel Mailloux, **trésorier**

Madame Émmanuelle Rivard, **administratrice**

Madame Denise Breton, **administratrice**

Madame Julie Rossignol, **administratrice**

Madame Jocelyne Perron, **administratrice**

Finalement, nous tenons à souligner la participation exceptionnelle de la population du Témiscouata, lors de toutes nos activités de financement, ainsi que l'appui inconditionnel de nos précieux partenaires. Nous les remercions de tout cœur, pour leur fidélité et leur dévouement à notre cause.

Michel Bastille, président

Thérèse Viel, secrétaire

Annexe A

Résultat au regard de l'entente de gestion et d'imputabilité 2013-2014

Commentaires sur les ententes de gestion

Indicateur	Explications de l'écart et Mesures
1.01.12. B.1-EG2 Nombre moyen de visites à domicile par semaine auprès des femmes suivies dans les SIPPE, par période de suivi (prénatale et postnatale), au cours de l'année de référence prénatale	<p>Explications de l'écart :</p> <ul style="list-style-type: none"> statistiques non comptabilisées des services donnés par notre ressource communautaire en lien avec une entente de service (1000 heures d'intervention) Infirmière à la retraite non remplacée (près d'un an) et absence maladie d'une travailleuse sociale non remplacée (2 mois) <p>Mesures :</p> <ul style="list-style-type: none"> Comptabiliser nos statistiques de notre ressource communautaire dans le cadre du nouveau guide de saisie du programme SIPPE Instaurer des mécanismes de suivi avec les intervenantes pour assurer la progression et combler les postes vacants
1.01.12. B.2-EG2 Nombre moyen de visites à domicile par semaine auprès des femmes suivies dans les SIPPE, par période de suivi (prénatale et postnatale), au cours de l'année de référence postnatale 1	<p>Explications de l'écart :</p> <ul style="list-style-type: none"> statistiques non comptabilisées des services donnés par notre ressource communautaire en lien avec une entente de service (1000 heures d'intervention) Infirmière à la retraite non remplacée (près d'un an) et absence maladie d'une travailleuse sociale non remplacée (2 mois) <p>Mesures :</p> <ul style="list-style-type: none"> Comptabiliser nos statistiques de notre ressource communautaire dans le cadre du nouveau guide de saisie du programme SIPPE Instaurer des mécanismes de suivi avec les intervenantes pour assurer la progression et combler les postes vacants
1.01.12. B.3-EG2 Nombre moyen de visites à domicile par semaine auprès des femmes suivies dans les SIPPE, par période de suivi (prénatale et postnatale), au cours de l'année de référence postnatale 2	<p>Explications de l'écart :</p> <ul style="list-style-type: none"> statistiques non comptabilisées des services donnés par notre ressource communautaire en lien avec une entente de service (1000 heures d'intervention) Infirmière à la retraite non remplacée (près d'un an) et absence maladie d'une travailleuse sociale non remplacée (2 mois) <p>Mesures :</p> <ul style="list-style-type: none"> Comptabiliser nos statistiques de notre ressource communautaire dans le cadre du nouveau guide de saisie du programme SIPPE Instaurer des mécanismes de suivi avec les intervenantes pour assurer la progression et combler les postes vacants
1.01.12. B.4-EG2 Nombre moyen de visites à domicile par semaine auprès des femmes suivies dans les SIPPE, par période de suivi (prénatale et postnatale), au cours de l'année de référence postnatale 3	<p>Explications de l'écart :</p> <ul style="list-style-type: none"> statistiques non comptabilisées des services donnés par notre ressource communautaire en lien avec une entente de service (1000 heures d'intervention)

	<ul style="list-style-type: none"> ■ Infirmière à la retraite non remplacée (près d'un an) et absence maladie d'une travailleuse sociale non remplacée (2 mois) <p>Mesures :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Comptabiliser nos statistiques de notre ressource communautaire dans le cadre du nouveau guide de saisie du programme SIPPE ■ Instaurer des mécanismes de suivi avec les intervenantes pour assurer la progression et combler les postes vacants
1.01.14-EG2 Proportion des enfants recevant en CSSS mission CLSC leur 1re dose de vaccins contre le DCoT-Polio-Hib dans les délais	<p>Explications de l'écart :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ progression en comparaison de l'an passé (75.3%) ■ Taux de vaccination témiscouatain près de 90% en troisième année pour ce vaccin, mais les délais ne sont pas respectés <p>Mesures :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Doubler notre offre de cliniques pour chacun des 4 secteurs de notre territoire depuis le retour des fêtes ■ Ouverture des cliniques en fin de journée est également prévue pour faciliter les rendez-vous des personnes qui travaillent ■ Valoriser la vaccination auprès de notre population
1.01.15-EG2 Proportion des enfants recevant en CSSS mission CLSC leur 1re dose de vaccins contre le méningocoque de sérotype C dans les délais	<p>Explications de l'écart :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Légère progression de 5 % ■ Taux de vaccination témiscouatain près de 90% en troisième année pour ce vaccin, mais les délais ne sont pas respectés <p>Mesures :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Doubler notre offre de cliniques pour chacun des 4 secteurs de notre territoire ■ Ouverture des cliniques en fin de journée est également prévue pour faciliter les rendez-vous des personnes qui travaillent ■ Valoriser la vaccination auprès de notre population
1.01.20-PS Pourcentage des activités du PNSP implantées (par questionnaire aux 2 ans)	<p>Depuis l'embauche de notre ressource:</p> <p>Nombreux kiosques de repérage sur le terrain</p> <p>Rencontres de sensibilisation dans les écoles avec les infirmières et COSMOSS</p> <p>Vie active dans 19 municipalités et en CHSLD</p> <p>Capsules radio aux 2 semaines</p> <p>Mise en place d'un comité de coordination SHV et santé publique</p> <p>Tournée des organismes communautaires et des municipalités</p> <p>Nombreuses conférences dans les milieux dont dans toutes nos RPA (22 résidences)</p> <p>Participation importante dans le cadre des campagnes nationales</p> <p>Implication aux différentes tables locales dont personnes âgées et COSMOSS</p> <p>Démarche amorcée avec l'IPCDC pour le déploiement d'un projet</p>
Jeunes en difficultés - Nombre d'usagers suivis en CSSS pour lesquels il existe un PI ou un PSI	<p>Explications de l'écart :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Augmentation de 12 % pour l'année 2013-2014

	<p>Mesures :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Déploiement du nouveau service avec le programme l'Entrain ▪ Déploiement du nouveau cadre de supervision ▪ Assurer la mise en place des éléments de ce cadre pour augmenter le taux de complétion des PI dans chacun des dossiers clients ▪ Mécanisme de suivi mensuel
1.03.05.01-PS Nombre total d'heures de service de soutien à domicile longue durée rendues à domicile par les différents modes de dispensation de services (CSSS - mission CLSC)	<p>Explications de l'écart :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Cible atteinte de 1043 heures supplémentaires (optimisation 2013-2014) ▪ Soustraction de 1134 heures du rattrapage des années précédentes sur le total de 4136 heures, reste 3002 heures à rattraper <p>Mesures :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Révision de processus pour les entrées statistiques de la part de nos intervenantes et des partenaires du communautaire (AVQ-AVD) (prévision 1000 heures) ▪ Assurer un suivi rigoureux des heures d'intervention à domicile de nos intervenants (prévision 1000 heures) ▪ Signature de diverses ententes de service à domicile avec nos partenaires du réseau local de service (prévision 1500 heures) ▪ Transformation du centre de jour (prévision 1000 heures)
1.03.06-PS Degré moyen d'implantation des RSIPA dans les réseaux locaux de services	<p>Enjeux services personnes âgées:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Trajectoire FSA, définition des types d'hébergement et suite des recommandations COA ▪ Programme soins palliatifs en SAD, en CHSLD et à l'hôpital ▪ Transformation des lits du module gériatrique ▪ Déploiement du projet SERG centre de jour ▪ Prêt d'équipement et dossier réadaptation ▪ Entente avec les EES pour les AVQ-AVD ▪ Augmentation des services au SAD, pivots, et GDC ▪ Développement des compétences ▪ Déploiement des résultats du POT en CHSLD dans les 3 sites ▪ Déploiement de l'assurance autonomie
1.07.05-PS Nombre de jeunes et d'adultes ayant reçu des services de première ligne, en toxicomanie et en jeu pathologique, offerts par les CSSS	<p>Explications de l'écart :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Statistiques non comptabilisées des évaluations réalisées par la Commission scolaire dans le cadre de notre entente de partenariat (15 évaluations réalisées) <p>Mesures :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Déploiement du programme Alcochoix + ▪ Suivi rigoureux du dossier lors des rencontres MSSS/MELS
1.08.05-PS Nombre de places en soutien d'intensité variable (SIV) dans la communauté pour des adultes de 18 ans et plus mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu ces services	<p>Explications de l'écart :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Absence non remplacée d'une intervenante pour plus de 8 mois ▪ Façon de compiler les données est pondérée à chaque période et donc une mauvaise période, dû entre autres par une absence

	<p>non remplacée, nous pénalise toute l'année durant. Il en est de même pour les vacances et les congés des fêtes</p> <ul style="list-style-type: none"> Nos intervenantes ont toujours eu dans leur charge de cas plus de 26 clients et elles les rencontrent plus de 2 fois par période <p>Mesures :</p> <ul style="list-style-type: none"> Assurer une rigueur dans les statistiques dans le I-CLSC Prévoir des remplacements lors d'absences prolongées
1.08.09-PS Nombre d'usagers souffrant de troubles mentaux ayant reçu des services de santé mentale de 1re ligne en CSSS (mission CLSC)	<p>Explications de l'écart :</p> <ul style="list-style-type: none"> Progression importante de 33% par rapport à l'an dernier Plusieurs congés de maladie non remplacés (travailleur social, 17 mois) (psychologue, 14 mois) (psychoéducatrice, 8 mois) <p>Mesures :</p> <ul style="list-style-type: none"> Travaux pour l'attraction de nouveaux intervenants Sensibilisation dans le milieu pour le repérage (entente avec Source d'espoir) Entente de soutien communautaire en logement social pour des interventions auprès de cette clientèle Participation soutenue aux journées et semaines de la santé mentale Démarche amorcée pour le suivi systématique et l'offre de services psychosociaux
Nombre d'usagers souffrant de troubles mentaux graves pour lesquels il existe un PI ou un PSI	<p>Explications de l'écart :</p> <ul style="list-style-type: none"> Augmentation de 11% pour l'année 2013-2014 <p>Mesures :</p> <ul style="list-style-type: none"> Déploiement du nouveau cadre de supervision Assurer la mise en place des éléments de ce cadre pour augmenter le taux de complétion des PI dans chacun des dossiers clients Mécanisme de suivi mensuel
Élaboration et mise en œuvre dans chaque établissement d'un programme de services en soins palliatifs	<p>Explications de l'écart :</p> <ul style="list-style-type: none"> Révision de l'offre de services afin d'adhérer aux orientations ministérielles et régionales tout en tenant compte de nos réalités. <p>Mesures :</p> <ul style="list-style-type: none"> Mise en place d'un comité interdisciplinaire pour la révision de la trajectoire de services.
Nombre d'usagers rencontrés pour des cliniques d'enseignement	<p>Explications de l'écart :</p> <ul style="list-style-type: none"> Changement en cours d'année du modèle de saisie de l'information à la demande du responsable du dossier à l'Agence afin de rendre comparable les données recueillies <p>Mesures :</p> <ul style="list-style-type: none"> Évaluation après une année complète
1.09.31-PS Pourcentage de séjours de 24 heures et plus sur civière	<p>Explications de l'écart :</p> <ul style="list-style-type: none"> Le résultat de Pohénégamook influence l'atteinte de la cible

	<p>Mesures :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Chaque situation est traitée individuellement par le gestionnaire. Plusieurs avaient besoin de quelques heures de plus avant le congé
2.02.02-EG2 Hygiène et salubrité : Niveau de réalisation moyen des étapes requises pour l'élimination des zones grises en hygiène et salubrité	<p>Explications de l'écart :</p> <p>Nombre total d'unités (critiques et courte durée) : 4 Unités avec responsable désigné : 4 Unités avec relevé effectué : 3 Unités avec désignation de service : 3 Unités avec registre implanté : 0 Numérateur est calculé quand les 4 étapes sont réalisées pour une unité.</p> <p>Mesures :</p> <p>Au 31 mars 2014, les relevés effectués de tout le CH ont été saisis dans le logiciel PROPRE. Les formations ont été données au comité local zones grises. Les routes de travail H&S seront revues en mai, par la suite nous pourrons attribuer la tâche identifiée zones grise et implanter le registre.</p>
3.01-PS Ratio entre le nombre d'heures en assurance salaire et le nombre d'heures travaillées	<p>Explications de l'écart :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Taux élevé en CHSLD : alourdissement clientèle, organisation de travail ▪ Effet collatéral relié aux difficultés de recrutement
3.01-PS Ratio entre le nombre d'heures en assurance salaire et le nombre d'heures travaillées	<p>Mesures :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Plan d'action GIPT — pour 2014-2015 diminuer de 1.5 % ▪ Suivis statistiques périodiques avec les gestionnaires afin d'agir sur les bonnes cibles ▪ Poste du conseiller SST dédié exclusivement au bureau santé ▪ Coaching conseiller SST : formation, mentorat ▪ Actions préventives : <ul style="list-style-type: none"> ○ Budget dédié et rehaussé pour aménagement de poste / ergonomie ○ Actions prises via le CPSST en regard de mandats prévus ○ Outils concrets de gestion avec le CMDP ○ Rencontre 12 mars 2014 CMDP mise au point et suivi périodique avec l'exécutif du CMDP ○ Mécanismes de concertation et de suivis avec le bureau de SST ○ Intervention paritaire avec syndicat tant en relations de travail (CRT) qu'au CPSST ○ Démarche active pour nouveau médecin conseil ○ Réorganisation du travail POT CHSLD ○ Réorganisation du travail POT MOI / TS
3.05.01-PS Pourcentage des heures supplémentaires travaillées par les infirmières	<p>Explications de l'écart :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Effet collatéral des absences reliées à l'assurance salaire ▪ Difficultés de recrutement pour les titres d'emploi infirmières, infirmières auxiliaires et même préposés aux bénéficiaires

	<p>Mesures :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Actions ciblées en regard de la GIPT et la réduction du taux d'assurance salaire ▪ POT MOI / TS autorisé par le MSSS — début juin 2014
3.05.02-PS Pourcentage des heures supplémentaires travaillées par l'ensemble du personnel du réseau	<p>Explications de l'écart :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Effet collatéral des absences reliées à l'assurance salaire ▪ Difficultés de recrutement pour les titres d'emploi infirmières, infirmières auxiliaires et même préposés aux bénéficiaires <p>Mesures :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Actions ciblées en regard de la GIPT et la réduction du taux d'assurance salaire ▪ POT MOI / TS autorisé par le MSSS — début juin 2014
3.06.03-PS Pourcentage de recours à la main d'œuvre indépendante par les préposés aux bénéficiaires	<p>Explications de l'écart :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Non-disponibilité du personnel spécialisé en soins critiques (urgence, soins intensifs) particulièrement dû aux absences pour maternité, mais aussi à l'assurance salaire <p>Mesures :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Relations paritaires accrues afin de mettre en place des éléments structurants ▪ Révision de l'organisation du travail dans certains secteurs ▪ Identification et mise en œuvre de stratégies de recrutement diversifiées ▪ POT — MOI / TS autorisé par le MSSS — début juin 2014
Équilibre budgétaire	<p>Explications de l'écart :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Budget établi en début d'année avec un déficit prévu de 308 219\$ en tenant compte d'éléments précaires qui se sont concrétisés pour la plupart dont l'assurance-salaire. Le déficit est donc moindre que prévu. <p>Mesures, activités ciblées :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Clinique médicale de Squatec : 39 k\$ ▪ Économie d'énergie : 160 k\$ ▪ Assurance-salaire : 150 k\$ ▪ Disponibilité des plateaux techniques : 75 k\$ ▪ Organigramme : 11 k\$ ▪ Tests diagnostics : à venir ▪ Projets sur les rectifiables : à venir ▪ Laboratoires (projet ECO) : 30 k\$

Annexe B

Rapport de l'auditeur indépendant



**Raymond Chabot
Grant Thornton**

Rapport de l'auditeur indépendant sur les états financiers résumés

Aux membres du conseil d'administration du
Centre de santé et de services sociaux de Témiscouata

Raymond Chabot Grant Thornton
S.E.N.C. S.R.L.
613, rue Commerciale Nord
Témiscouata-sur-le-Lac (Québec) G0L 1E0
Téléphone : 418 854-2122
Télécopieur : 418 854-0362
www.rcgt.com

Les états financiers résumés ci-joints, qui comprennent l'état de la situation financière au 31 mars 2014 et les états des résultats, des surplus cumulés, de la variation de la dette nette et des flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date ainsi que les notes complémentaires pertinentes, sont tirés des états financiers audités du Centre de santé et de services sociaux de Témiscouata pour l'exercice terminé le 31 mars 2014. Nous avons exprimé une opinion avec réserve sur ces états financiers dans notre rapport daté du 10 juin 2014 (voir ci-dessous). Ni ces états financiers ni les états financiers résumés ne reflètent les incidences d'événements survenus après la date de notre rapport sur ces états financiers.

Les états financiers résumés ne contiennent pas toutes les informations requises par les Normes comptables canadiennes pour le secteur public. La lecture des états financiers résumés ne saurait donc se substituer à la lecture des états financiers audités du Centre de santé et de services sociaux de Témiscouata.

Responsabilité de la direction pour les états financiers résumés

La direction est responsable de la préparation d'un résumé des états financiers audités conformément aux critères décrits dans l'annexe 1 à la circulaire relative au rapport annuel de gestion codifiée (03.01.61.19) publiée par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS).

Responsabilité de l'auditeur

Notre responsabilité consiste à exprimer une opinion sur les états financiers résumés, sur la base des procédures que nous avons mises en œuvre conformément à la Norme canadienne d'audit (NCA) 810, « Missions visant la délivrance d'un rapport sur des états financiers résumés ».

Opinion

À notre avis, les états financiers résumés tirés des états financiers audités du Centre de santé et de services sociaux de Témiscouata pour l'exercice terminé le 31 mars 2014 constituent un résumé fidèle de ces états financiers, conformément aux critères décrits dans l'annexe 1 à la circulaire relative au rapport annuel de gestion codifiée (03.01.61.19) publiée par le MSSS. Cependant, les états financiers résumés comportent une anomalie équivalente à celle des états financiers audités

Membre de Grant Thornton International Ltd

du Centre de santé et de services sociaux de Témiscouata pour l'exercice terminé le 31 mars 2014.

L'anomalie que comportent les états financiers audités est décrite dans notre opinion avec réserve formulée dans notre rapport daté du 10 juin 2014. Notre opinion avec réserve est fondée sur le fait que, comme exigé par le MSSS, les contrats de location d'immeubles conclus avec la Société québécoise des infrastructures sont comptabilisés comme des contrats de location-exploitation alors que, selon la note d'orientation concernant la comptabilité NOSP-2, « Immobilisations corporelles louées », il s'agit plutôt de contrats de location-acquisition. Les incidences de cette dérogation aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public sur les états financiers aux 31 mars 2014 et 2013 n'ont pu être déterminées.

Notre opinion avec réserve indique que, à l'exception des incidences du problème décrit, les états financiers audités donnent, dans tous leurs aspects significatifs, une image fidèle de la situation financière du Centre de santé et de services sociaux de Témiscouata au 31 mars 2014 ainsi que des résultats de ses activités, de la variation de sa dette nette, de ses gains et pertes de réévaluation et de ses flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date, conformément aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public.

Référentiel comptable et restriction à l'utilisation

Notre rapport d'audit sur les états financiers audités, daté du 10 juin 2014, contenait un paragraphe dans lequel nous attirions l'attention sur la note des états financiers décrivant le référentiel comptable appliqué. Les états financiers audités ont été préparés dans le but d'aider le Centre de santé et de services sociaux de Témiscouata à répondre aux exigences en matière d'information financière du MSSS. En conséquence, il est possible que ces états financiers ne puissent se prêter à un usage autre. Étant donné que les états financiers résumés sont tirés des états financiers audités, il est également possible qu'ils ne puissent se prêter à un usage autre. Notre rapport est destiné uniquement au Centre de santé et de services sociaux de Témiscouata et au MSSS et ne devrait pas être utilisé par d'autres parties.

Raymond Chabot *Ernst Thornton S.E. d.C.R.L.*

Témiscouata-sur-le-Lac
Le 10 juin 2014

¹ CPA auditeur, CA permis de comptabilité publique n° A108840

Nom de l'établissement

Code

Page / Idn.

CSSS de Témiscouata

1104-3502

200-00 /

Tous les fonds

exercice terminé le 31 mars 2014-AUDITÉ

ÉTATS DES RÉSULTATS

	Budget	Exploitation Ex.courant (R.deP358 C4)	Immobilisations Exercice courant (Note 1)	Total Ex.courant C2+C3	Total Ex. préc
	1	2	3	4	5
REVENUS					
Subventions Agence et MSSS (FI-P406)	1	36 102 803	35 410 952	1 461 400	36 572 352
Subventions Gouvernement du Canada (FI-P234)	2				35 969 987
Contributions des usagers	3	2 658 682	2 671 548	XXXX	2 674 219
Ventes de services et recouvrements	4	260 369	381 562	XXXX	322 289
Donations (FI-P234)	5		61 582	61 582	42 055
Revenus de placement (FI-P302)	6		38 320	38 320	29 958
Revenus de type commercial	7		153 303	XXXX	153 568
Gain sur disposition (FI-P302)	8				44 619
...	9	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
...	10	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres revenus (FI-P302)	11	629 700	177 894	1 215	252 563
TOTAL (L.01 à L.11)	12	39 668 554	38 833 579	1 524 197	39 489 258
CHARGES					
Salaires, avantages sociaux et charges sociales	13	27 026 770	28 050 725	XXXX	26 624 337
Médecaments	14	1 246 410	1 296 027	XXXX	1 113 252
Produits sanguins	15	471 337	379 076	XXXX	317 569
Fournitures médicales et chirurgicales	16	787 469	798 273	XXXX	761 030
Denrées alimentaires	17	361 900	440 168	XXXX	437 994
Rétributions versées aux ressources non institutionnelles	18		1 723 196	XXXX	1 584 058
Frais financiers (FI-P325)	19	464 500		406 948	462 182
Entretien et réparations, y compris les dépenses non capitalisables relatives aux immobilisations	20	265 000	243 943	94 093	266 749
Créances douteuses	21		2 711	XXXX	6 572
Loyer	22	599 888	599 888	XXXX	610 404
Amortissement des immobilisations (FI-P422)	23	1 445 000	XXXX	1 459 643	1 489 049
Perte sur disposition d'immobilisations (FI-P420, 421)	24		XXXX		
...	25	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
...	26	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres charges (FI-P325)	27	7 288 499	5 436 209	5 436 209	5 752 916
TOTAL (L.13 à L.27)	28	39 976 773	38 974 216	1 962 684	39 406 214
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE (L.12 - L.28)	29	(308 219)	(140 637)	(438 487)	83 044

Note 1: la colonne 3 s'applique aux établissements publics seulement

AS-471 - Rapport financier annuel

Gabarit LPRG-2014.1.0

Révisée: 2013-2014

Timbre valideur:

Rapport V 0.1

Nom de l'établissement

Code

Page / Idn.

CSSS de Témiscouata

1101-3502

202-00 /

Tous les fonds

exercice terminé le 31 mars 2014-AUDITEE

ÉTAT DES SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS

		Fonds Exploitation Ex.courant	Fonds immobilisations Ex.courant	Total Ex.courant (C1+C2)	Total Ex.préc.	Notes
		1	2	3	4	
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS AU DÉBUT DÉJÀ ÉTABLIS	1	103 234	861 628	964 862	271 414	
Modifications comptables avec retraitements des années antérieures (préciser)	2					
Modifications comptables sans retraitements des années antérieures (préciser)	3	356 250		356 250	XXXX	
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS AU DÉBUT REDRESSÉS (L.01 à L.03)	4	459 484	861 628	1 321 112	271 414	
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE	5	(140 537)	(438 487)	(579 124)	893 448	
Autres variations:						
Transferts interétablissements (préciser)	6					
Transferts intranodale (préciser)	7	(29 135)	29 135	0		
Autres éléments applicables aux établissements privés conventionnés (préciser)	8		XXXX			
...	9	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	
TOTAL DES AUTRES VARIATIONS (L.06 à L.09)	10	(29 135)	29 135			
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS À LA FIN (L.04 + L.05 + L.10)	11	289 712	452 276	741 988	964 862	
Constitués des éléments suivants:						
Affectations d'origine externe	12	XXXX	XXXX			
Affectations d'origine interne	13	XXXX	XXXX			
Solde non affecté (L.11 + L.12 + L.13)	14	XXXX	XXXX	741 988	964 862	
TOTAL (L.12 à L.14)	15	XXXX	XXXX	741 988	964 862	

AS-471 - Rapport financier annuel

Gébarit LPRG-2014.1.0

Révisée: 2013-2014

Timbre valideur:

Rapport V 0.1

Nom de l'établissement

Code

Page / Idn.

CSES de Téniscouata

1104-3502

204-00 /

Tous les fonds

exercice terminé le 31 mars 2014-AUD1765

ÉTAT DE LA SITUATION FINANCIÈRE

	FONDS	Exploitation	Immobilisations	Total Ex.courant (C1+C2)	Total Ex.préc.
		1	2	3	4
ACTIFS FINANCIERS					
Encaisse (décaissement bancaire)	1	1 557 726	892 412	2 850 138	2 829 686
Placements temporaires	2				
Débiteurs - Agence et MSSS (FE: p.362, FI: p.408)	3	1 095 391	102 629	1 198 020	1 402 986
Autres débiteurs (FE: p.360, FI: p.400)	4	393 557	74 413	467 970	502 145
...	5	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Créances interfonds (dettées interfonds)	6	(565)	565	0	
Subvention à recevoir (perçue d'avance) - réforme comptable (FE: p.362, FI: p.408)	7	2 990 367	(3 153 261)	(162 894)	(250 080)
Placements de portefeuille	8				
Frais reportés liés aux dettes	9		35 427	35 427	31 388
...	10	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
...	11	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres éléments (FE: p.360, FI: p.400)	12	65 823		65 823	83 880
TOTAL DES ACTIFS FINANCIERS (L.01 à L.12)	13	6 502 299	(2 047 815)	4 454 484	4 600 017
PASSIFS					
Emprunts temporaires (FI: p.403)	14		253 263	253 263	258 841
Créditeurs - Agence et MSSS (FE: p.362, FI: p.408)	15				
Autres créditeurs et autres charges à payer (FE: p.361, FI: p.401)	16	2 709 198	91 251	2 800 449	2 747 312
Avances de fonds en provenance de l'agence - enveloppes décentralisées	17	XXXX	798 339	798 339	356 505
Intérêts courus à payer (FE: p.361, FI: p.401)	18		102 629	102 629	106 895
Revenus reportés (FE: p.290 et 291, FI: p.294)	19	672 253	886 933	1 559 196	1 693 030
...	20	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Dettes à long terme (FE: p.361, FI: p.403)	21	XXXX	13 707 675	13 707 675	13 520 058
Passifs environnementaux (FI: p.401)	22	XXXX			
Passif au titre des avantages sociaux futurs	23	3 463 308		3 463 306	3 326 790
...	24	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres éléments (FE: p.361, FI: p.401)	25	114 998		114 996	203 682
TOTAL DES PASSIFS (L.14 à L.25)	26	6 959 756	15 840 090	22 799 845	22 813 911
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) (L.13 - L.26)	27	(457 456)	(17 887 805)	(18 345 361)	(18 213 894)
ACTIFS NON FINANCIERS					
Immobilisations (FI: p.420, 421, 422)	28	XXXX	18 340 180	18 340 180	18 456 374
Stocks de fournitures (FE: p.360)	29	390 393	XXXX	390 393	379 560
Frais payés d'avance (FE: p.360, FI: p.400)	30	356 776		356 776	343 622
TOTAL DES ACTIFS NON FINANCIERS (L.28 à L.30)	31	747 169	18 340 180	19 087 349	19 178 756
CAPITAL-ACTIONS ET SURPLUS D'APPORT	32		XXXX		
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS (L.27 + L.31 - L.32)	33	289 713	462 275	741 988	964 862

Obligations contractuelles (pages 635-00 à 635-03) et PPP (638.01 et 638.02)
Éventualités (pages 636-01 et 636-02)
Colonne 2: Établissements publics seulement
Ligne 06, Colonne 3: Le montant doit être égal à zéro
Ligne 32: applicable aux établissements privés seulement

AS-471 - Rapport financier annuel

Gazart 2014-2015.1.0

Révisée: 2013-2014

Titre valideur:

Rapport V 0.1

Nom de l'établissement

Code

Page / Idn.

CSSS de Témiscouata

1194-3502

206-00 / -

Tous les fonds

exercice terminé le 31 mars 2014-AUDITÉ

ÉTAT DE LA VARIATION DES ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE)

	Budget	Fonds Exploitation	Fonds Immobilisations	Total - Ex.Courant (C2+C3)	Total - Ex.Précédent
	1	2	3	4	5
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) AU DÉBUT DÉJÀ ÉTABLIS	1	(18 213 894)	(620 148)	(17 593 746)	(16 213 894)
Modifications comptables avec retraitement des années antérieures	2				
Modifications comptables sans retraitement des années antérieures	3		358 250	358 250	XXXX
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) AU DÉBUT REDRESSÉ (L.01 à L.03)	4	(18 213 894)	(263 898)	(17 857 044)	(16 709 845)
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE (P.200 L.29)	5		(140 637)	(438 487)	693 448
VARIATIONS DUES AUX IMMOBILISATIONS:					
Acquisitions (Fl:P421)	6	(850 000)	XXXX	(1 344 449)	(672 996)
Amortissement de l'exercice (Fl:P422)	7	1 445 000	XXXX	1 459 643	1 489 049
(Gain)/Perte sur dispositions (Fl:P208)	8		XXXX		(44 919)
Produits sur dispositions (Fl:P208)	9		XXXX		44 619
Réduction de valeurs (Fl:P420, 421-00)	10		XXXX		
...	11	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
...	12	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
...	13	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
TOTAL DES VARIATIONS DUES AUX IMMOBILISATIONS (L.06 à L.13)	14	595 000	XXXX	115 194	816 053
VARIATIONS DUES AUX STOCKS DE FOURNITURES ET AUX FRAIS PAYÉS D'AVANCE:					
Acquisition de stocks de fournitures	15	(200 000)	(3 311 559)	(3 311 559)	(3 108 382)
Acquisition de frais payés d'avance	16	(315 000)	(356 776)	(356 776)	(343 822)
Utilisation de stocks de fournitures	17	200 000	3 300 726	3 300 726	3 082 654
Utilisation de frais payés d'avance	18	322 089	343 822	343 822	355 860
TOTAL DES VARIATIONS DUES AUX STOCKS DE FOURNITURES ET AUX FRAIS PAYÉS D'AVANCE (L.15 à L.18)	19	7 089	(23 787)	(23 787)	(13 550)
Autres variations des surplus (déficits) cumulés	20		(29 135)	29 135	0
AUGMENTATION (DIMINUTION) DES ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE)(L.05 + L.14 + L.19 + L.20)	21	602 089	(193 559)	(294 158)	(487 717)
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) À LA FIN (L.04 + L.21)	22	(17 611 805)	(457 457)	(17 887 904)	(16 345 561)
				(18 345 561)	(16 213 894)

AS-671 - Rapport financier annuel

Gabarit LPRG-2014.1.0

Révisé: 2013-2014

Timbre valideur:

Rapport V 0.1

Nom de l'établissement

Code

Page / Idn.

CSSS de Témiscouata

1104-3502

208-00 /

Tous les fonds

exercice terminé le 31 mars 2014 - AUDITÉE

ÉTAT DES FLUX DE TRÉSORERIE

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2
ACTIVITÉS DE FONCTIONNEMENT			
Surplus (déficit)	1	(579 124)	693 448
ÉLÉMENTS SANS INCIDENCE SUR LA TRÉSORERIE:			
Créances douteuses	2	2 711	6 672
Provisions liées aux placements et garanties de prêts	3		
Stocks et frais payés d'avance	4	(23 767)	(13 550)
Perte (Gain) sur disposition d'immobilisations	5		(44 619)
Perte (Gain) sur disposition de placement	6		
Amortissement des revenus reportés liés aux immobilisations:			
- Gouvernement du Canada	7		
- Autres	8		
Amortissement des immobilisations	9	1 459 843	1 496 049
Réduction de valeur des immobilisations	10		
Amortissement des frais reportés liés aux dettes	11	11 978	10 138
Amortissement de la perte(gain) de change reporté	12		
Amortissement de l'escompte et de la prime	13		
Autres	14		
TOTAL DES ÉLÉMENTS SANS INCIDENCE SUR LA TRÉSORERIE (L.02 à L.14)	15	1 450 545	1 447 690
Variation des actifs financiers et des passifs reliés au fonctionnement	16	756 533	859 627
Flux de trésorerie provenant des (ou utilisé pour les) activités de fonctionnement (L.01 + L.15 + L.16)	17	1 627 954	2 999 765
ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT EN IMMOBILISATIONS			
Immobilisations:			
Acquisitions	18	(1 344 449)	(672 996)
Produits de disposition	19		44 619
Flux de trésorerie provenant des (ou utilisé pour les) activités d'investissement en immobilisations (L.18 + L.19)	20	(1 344 449)	(628 377)
ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT			
Variation des placements de portefeuille:			
Placements effectués	21		
Produit de disposition et de rachat de placements	22		
Placements réalisés	23		
Variation d'autres éléments:			
Subvention à recevoir - Réforme comptable	24	(87 186)	(654 738)
Flux de trésorerie provenant des (ou utilisé pour les) activités d'investissement (L.21 à L.24)	25	(87 186)	(654 738)

AS-471 - Rapport financier annuel

Gabarit LFRS-2014.1.0

Révisée: 2013-2014

Timbre valideur:

Rapport V 0.1

Nom de l'établissement

Code

Page / Idn.

CSSS de Témiscouata

1104-3502

208-01 / -

Tous les fonds

exercice terminé le 31 mars 2014 - AUDITÉE

ÉTAT DES FLUX DE TRÉSORERIE (SUITE)

ACTIVITÉS DE FINANCEMENT

Exercice courant
1 Exercice précédent
2

VARIATION DES DETTES:

Emprunts effectués - Dettes à long terme	1	3 080 050	5 061 473
Emprunts effectués - Refinancement de dettes à long terme	2		
Emprunts remboursés - Dettes à long terme	3	(820 539)	(783 814)
Emprunts remboursés - Refinancement de dettes à long terme	4	(2 471 592)	(4 181 851)
Capitalisation de l'escompte et de la prime	5		
Capitalisation des gains ou pertes de change	6		
Variation des emprunts temporaires effectués - fonds d'exploitation	7		
Emprunts temporaires effectués - fonds d'immobilisations	8	3 086 531	5 021 883
Emprunts temporaires effectués - Refinancement fonds d'immobilisations	9		
Emprunts temporaires remboursés - fonds d'immobilisations	10	(13 059)	(284 377)
Emprunts temporaires remboursés - Refinancement fonds d'immobilisations	11	(3 080 050)	(5 061 473)

VARIATIONS D'AUTRES ÉLÉMENTS:

Fonds d'amortissement du gouvernement	12		
Flux de trésorerie provenant des (ou utilisés pour les) activités de financement (L.01 à L.12)	13	(218 959)	(228 179)
AUGMENTATION (DIMINUTION) DE LA TRÉSORERIE ET DES ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE (P.208-00, L.17+L.20+L.25 + P.208-01, L.13):	14	(22 640)	1 488 471

TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE AU DÉBUT	15	3 020 991	1 532 520
--	----	-----------	-----------

TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE À LA FIN (L.14 + L.15)	16	2 998 351	3 020 991
--	----	-----------	-----------

TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE À LA FIN COMPRENNENT:

Encaisse	17	2 998 351	3 020 991
Placements dont l'échéance n'excède pas 3 mois	18		
TOTAL (L.17 + L.18)	19	2 998 351	3 020 991

AUTRES RENSEIGNEMENTS:

IMMOBILISATIONS:

Comptes à payer sur les immobilisations	20	91 251	28 550
---	----	--------	--------

INTÉRÊTS:

- Intérêts créditeurs (revenus)	21	428 557	472 723
- Intérêts encaissés (revenus)	22	432 773	507 513
- Intérêts débiteurs (dépenses)	23	396 970	452 044
- Intérêts déboursés (dépenses)	24	401 036	486 835

PLACEMENTS TEMPORAIRES

Échéance inférieure ou égale à 3 mois:

- Solde au 31 mars de l'exercice précédent	25		
- Solde au 31 mars de l'exercice courant	26		

Échéance supérieure à 3 mois:

- Solde au 31 mars de l'exercice précédent	27		
- Placements effectués	28		
- Placements réalisés	29		
- Solde au 31 mars de l'exercice courant (L.27 + L.28 - L.29)	30		

AS-671 - Rapport financier annuel

Gabarit LPRG-2014.1.0

Révisée: 2012-2013

Timbre valideur:

Rapport V 0.1

Nom de l'établissement

Code

Page / Idn.

CSSS de Témiscouata

1104-3502

208-02 /

Tous les fonds

exercice terminé le 31 mars 2014 - AUDITÉE

VARIATION DES ACTIFS FINANCIERS ET DES PASSIFS RELIÉS AU FONCTIONNEMENT

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2
AVOIRS FINANCIERS:			
Espèces, effets en main et dépôts en circulation	1	3 159	103 750
Débiteurs Agence-MSSS	2	204 971	335 576
Autres débiteurs	3	34 176	(121 241)
Créances interfonds et interétablissements	4		
Intérêts courus à recevoir sur placement	5		
Frais reportés liés aux dettes	6	(5 879)	(25 307)
Autres éléments d'actifs	7	18 050	104 641
Provision pour créances douteuses	8	658	(5 672)
Escompte ou prime	9		
Chèques en circulation	10	(46 249)	13 803
Créditeurs Agence-MSSS	11		
Autres créditeurs et frais à payer	12	53 136	209 295
Intérêts courus à payer sur emprunts	13	(4 006)	(34 691)
Avance de fonds en fidéjusse	14		
Transfert du gouvernement du Canada à rembourser	15		
Dettes interfonds et interétablissements	16		
Provision pour perte sur les interventions financières garanties	17		
Revenus reportés à court terme	18	(333 634)	377 360
Passifs environnementaux	19		
Avances en provenance des agences - enveloppes décentralisées	20	441 834	(196 567)
Autres éléments de passifs	21	390 677	67 680
Excédent des éléments du passif sur les avoirs financiers reliés au fonctionnement (L.01 à L.21)	22	756 533	858 627

AS-671 - Rapport financier annuel

Gabarit LPRG-2014.1.0

Révisée: 2012-2013

Timbre valideur:

Rapport V 0.1

NOTES AUX ÉTATS FINANCIERS

Numéro Note

Note 1 : Statut et nature des opérations

L'établissement est constitué en corporation par lettres patentes sous l'autorité de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2). Il a pour mandat de rendre accessible à la population du territoire, de façon équitable et continue, la gamme la plus complète possible de services de promotion-prévention, santé et de services sociaux de base, généraux et spécialisés. Dispenser ces services en différents lieux et le plus près possible des communautés et des milieux de vie de la MRC et ce, en complémentarité et en continuité avec le réseau régional et provincial.

Le siège social du centre est situé à Témiscouata-sur-le-Lac. Les points de service sont répartis dans l'ensemble du territoire de la MRC de Témiscouata.

En vertu des lois fédérale et provinciale de l'impôt sur le revenu, l'établissement n'est pas assujéti aux impôts sur le revenu.

Note 2 : Description des principales méthodes comptables

Référentiel comptable

4 Ce rapport financier annuel est établi conformément aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public, à l'exception de l'élément suivant :

- Les immeubles loués auprès de la Société québécoise d'infrastructure (SQI) sont comptabilisés comme une location-exploitation au lieu d'une location-acquisition, ce qui n'est pas conforme à la note d'orientation n° 2 des Normes comptables canadiennes pour le secteur public.

Utilisation d'estimations

La préparation du rapport financier annuel exige que la direction ait recours à des estimations et à des hypothèses. Ces dernières ont une incidence à l'égard de la comptabilisation des actifs et des passifs, de la présentation des actifs et passifs éventuels à la date des états financiers ainsi que de la comptabilisation des produits et des charges au cours de la période visée dans le rapport financier annuel. Les résultats réels peuvent différer des meilleures prévisions faites par la direction.

Comptabilité d'exercice

La comptabilité d'exercice est utilisée tant pour l'information financière que pour les données quantitatives non financières.

Revenus

Les subventions gouvernementales du Québec et du Canada, reçues ou à recevoir, sont constatées aux revenus dans l'exercice au cours duquel le cédant les a dûment autorisées et que l'établissement bénéficiaire a rencontré tous les critères d'admissibilité, s'il en est.

En présence de stipulations précises imposées par le cédant quant à l'utilisation des ressources ou aux actions que l'établissement bénéficiaire doit poser pour les conserver, ou en présence de

stipulations générales et d'actions ou de communications de l'établissement, les subventions gouvernementales sont d'abord comptabilisées à titre de revenus reportés, puis passés aux résultats au fur et à mesure que l'établissement bénéficiaire rencontre les stipulations.

Une subvention pluriannuelle en provenance d'un ministère, d'un organisme budgétaire ou d'un fonds spécial n'est dûment autorisée par le Parlement que pour la partie pourvue de crédits au cours de l'exercice ou figurant au budget de dépenses et d'investissement voté annuellement par l'Assemblée nationale, respectivement.

Les sommes en provenance d'une entité hors périmètre comptable gouvernemental sont constatées comme revenus dans l'exercice au cours duquel elles sont utilisées aux fins prescrites en vertu d'une entente (nature de la dépense, utilisation prévue ou période pendant laquelle les dépenses devront être engagées). Les sommes reçues avant qu'elles ne soient utilisées doivent être présentées à titre de revenus reportés jusqu'à ce que lesdites sommes soient utilisées aux fins prescrites dans l'entente.

Lorsque les sommes reçues excèdent les coûts de la réalisation du projet ou de l'activité, selon les fins prescrites à l'entente, cet excédent doit être inscrit comme revenu dans l'exercice au cours duquel le projet ou l'activité est terminé, sauf si l'entente prévoit l'utilisation du solde, le cas échéant, à d'autres fins prescrites. De même, si une nouvelle entente écrite est conclue entre les parties, il est possible de comptabiliser un revenu reporté, si cette entente prévoit les fins pour lesquelles le solde doit être utilisé.

Revenus provenant des usagers

Les revenus provenant des usagers sont diminués des déductions, des exonérations et des exemptions accordées à certains de ceux-ci.

Revenus d'intérêts

Les intérêts gagnés sur l'encaisse et les placements font partie intégrante de chacun des fonds et, dans le cas spécifique du fonds d'exploitation, sont répartis entre les activités principales et les activités accessoires.

Dans le cas d'un prêt interfonds, les intérêts gagnés sur l'encaisse et les placements, réalisés à partir d'un solde prêté, appartiennent au fonds prêteur.

Autres revenus

Les sommes reçues par don, legs, subvention ou autre forme de contribution sans condition rattachée, à l'exception des sommes octroyées par le gouvernement du Québec et ses ministères ou par des organismes dont les dépenses de fonctionnement sont prises en charge par le fonds consolidé du revenu, sont comptabilisées aux revenus des activités principales dès leur réception et sont présentées à l'état des résultats du fonds d'exploitation.

Charges inhérentes aux ventes de services

Les montants de ces charges sont déterminés de façon à équilibrer les montants des revenus correspondants.

Débiteurs

Les débiteurs sont présentés à leur valeur recouvrable nette au moyen d'une provision pour créances douteuses.

La dépense pour créances douteuses de l'exercice est comptabilisée aux charges non réparties de l'exercice.

Prêts interfonds

Les prêts interfonds entre le fonds d'exploitation et le fonds d'immobilisations ne comportent aucune charge d'intérêts. Aucuns frais de gestion ne peuvent être chargés par le fonds d'exploitation au fonds d'immobilisations.

Frais d'émission, escompte et prime liés aux emprunts

Les frais d'émission liés aux emprunts sont comptabilisés à titre de frais reportés et sont amortis sur la durée de chaque emprunt selon la méthode linéaire.

L'escompte et la prime sur emprunts sont comptabilisés à titre de frais ou de revenus reportés respectivement et sont amortis selon le taux effectif de chaque emprunt.

Passifs environnementaux

Les obligations découlant de la réhabilitation de terrains contaminés sous la responsabilité de l'établissement, ou pouvant de façon probable relever de sa responsabilité, sont comptabilisées à titre de passifs environnementaux dès que la contamination survient ou dès qu'il en est informé.

Les passifs environnementaux comprennent les coûts estimatifs de la gestion et de la réhabilitation des terrains contaminés. L'évaluation de ces coûts est établie à partir de la meilleure information disponible et est révisée annuellement. La variation annuelle est constatée aux résultats de l'exercice.

Relativement à ces obligations, l'établissement comptabilise une subvention à recevoir du gouvernement du Québec, ce dernier ayant signifié sa décision de financer les coûts des travaux de réhabilitation des terrains contaminés existants au 31 mars 2008 et inventoriés au 31 mars 2011, de même que leurs variations survenues au cours de l'exercice 2013-2014.

Dettes à long terme

Les emprunts sont comptabilisés au montant encaissé lors de l'émission et ils sont ajustés annuellement de l'amortissement de l'escompte ou de la prime.

Dettes subventionnées par le gouvernement du Québec

Les montants reçus pour pourvoir au remboursement des dettes subventionnées à leur échéance sont comptabilisés aux résultats du fonds auquel ils se rapportent. Il en est de même pour les remboursements qui sont effectués directement aux créanciers par le ministère des Finances du Québec.

De plus, un ajustement annuel de la subvention à recevoir ou perçue d'avance concernant le financement des immobilisations à la charge du gouvernement est comptabilisé aux revenus de l'exercice du fonds d'immobilisations. Cet ajustement est déterminé par l'établissement à son rapport financier annuel.

Régime de retraite

Les membres du personnel de l'établissement participent au Régime de retraite des employés du gouvernement et des organismes publics (RREGOP), au Régime de retraite des fonctionnaires (RRF) ou au Régime de retraite du personnel d'encadrement (RRPE). Ces régimes interentreprises

sont à prestations déterminées et comportent des garanties à la retraite et au décès. La comptabilité des régimes à cotisations déterminées est appliquée aux régimes interentreprises à prestations déterminées gouvernementaux, compte tenu du fait que l'établissement ne dispose pas d'informations suffisantes pour appliquer la comptabilité des régimes à prestations déterminées. Les cotisations de l'exercice de l'établissement envers ces régimes gouvernementaux sont prises en charge par le MSSS et ne sont pas présentées au rapport financier annuel.

Immobilisations

Les immobilisations et les actifs non financiers, de par leur nature, sont employés normalement pour fournir des services futurs. Les immobilisations acquises sont comptabilisées au coût.

Le coût comprend les frais financiers capitalisés pendant la période de construction, d'amélioration ou de développement.

Les immobilisations acquises par donation ou pour une valeur symbolique sont comptabilisées à leur juste valeur au moment de leur acquisition avec contrepartie aux revenus reportés, à l'exception des terrains où la contrepartie est constatée aux revenus dans l'année d'acquisition. Les contributions pour l'acquisition d'immobilisations sont comptabilisées aux revenus reportés, à l'exception de celles destinées à l'achat de terrains qui sont constatées aux revenus dans l'année d'acquisition. Les revenus reportés sont amortis aux revenus au même rythme que l'amortissement du coût des immobilisations correspondantes.

Elles sont amorties linéairement en fonction de leur durée de vie utile, à l'exception des terrains qui ne sont pas amortis :

Catégorie	Durée
Aménagements des terrains	10 à 20 ans
Bâtiments	20 à 50 ans
Améliorations locatives	Durée restante du bail (max. 10 ans)
Matériel et équipement	3 à 15 ans
Équipements spécialisés	10 à 25 ans
Matériel roulant	5 ans
Développement informatique	5 ans
Réseau de télécommunication	10 ans
Location-acquisition	Durée du bail ou de l'entente

Les immobilisations en cours de construction, en développement ou en mise en valeur ne sont pas amorties avant leur mise en service.

Frais payés d'avance

Les frais payés d'avance représentent des débours effectués avant la fin de l'année financière pour des services à recevoir au cours des prochains exercices financiers. Ils sont imputés aux charges de l'exercice au cours duquel l'établissement consomme effectivement le service.

Stocks

Les stocks sont évalués au moindre du coût et de la valeur de réalisation nette. Le coût est déterminé selon la méthode du coût moyen.

Ils sont comptabilisés dans les charges de l'exercice au cours duquel ils sont consommés.

Instruments financiers

La norme comptable SP 3450 « Instruments financiers » du Manuel de comptabilité de CPA-Canada pour le secteur public, implique l'évaluation à leur juste valeur des instruments financiers dérivés et des placements de portefeuille composés d'instruments de capitaux propres cotés sur un marché actif. La variation annuelle des justes valeurs de ces instruments financiers engendre des gains et pertes non réalisés qui doivent être présentés dans un nouvel état financier appelé État des gains et pertes de réévaluation, jusqu'à leur décomptabilisation par extinction ou par revente. Les autres instruments financiers sont évalués au coût ou au coût après amortissement, sauf si l'établissement choisit de les désigner dans la catégorie des instruments financiers évalués à la juste valeur.

En vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, le MSSS détermine le format du rapport financier annuel applicable aux établissements (agences). Pour l'exercice terminé le 31 mars 2014, le MSSS a convenu de ne pas inclure l'état financier requis puisqu'il estime peu ou non probable qu'une entité du réseau de la santé et des services sociaux détienne des instruments financiers devant être évalués à la juste valeur, étant donné les limitations imposées par la LSSSS en ce sens.

L'établissement ne détient pas au 31 mars 2014 et n'a pas détenu au cours de l'exercice d'instruments financiers devant être évalués à la juste valeur et, par conséquent, il n'y a pas de gain ou de perte de réévaluation.

Comptabilité par fonds

Aux fins de présentation du rapport financier annuel, les établissements utilisent un fonds d'exploitation et un fonds d'immobilisations. Les opérations et les soldes sont présentés dans leurs états financiers respectifs. La comptabilité des établissements est tenue de façon à identifier les comptes rattachés à chaque fonds, en respectant les principes et particularités suivants :

- Le fonds d'exploitation : fonds regroupant les opérations courantes de fonctionnement (activités principales et accessoires);
- Le fonds d'immobilisations : fonds regroupant les opérations relatives aux immobilisations, aux passifs environnementaux, aux dettes à long terme, aux subventions et à tout autre mode de financement se rattachant aux immobilisations.

Les établissements privés ne sont pas tenus de créer et de maintenir un fonds d'immobilisations et ne sont pas assujettis à la politique de capitalisation des immobilisations.

Classification des activités

La classification des activités d'un établissement tient compte des services qu'il peut fournir dans la limite de ses objets et pouvoirs et de ses sources de financement. Les activités sont classées en deux groupes :

- Activités principales : les activités principales comprennent les opérations qui découlent de la prestation des services qu'un établissement est appelé à fournir et qui sont essentielles à la réalisation de sa mission dans le cadre de son budget de fonctionnement approuvé par l'agence;
- Activités accessoires : les activités accessoires comprennent les services qu'un établissement rend, dans la limite de ses objets et pouvoirs, en sus de la prestation de

services qu'il est appelé à fournir.

Centres d'activités

En complément de la présentation de l'état des résultats par nature des charges, et à moins de dispositions spécifiques, la plupart des charges engagées par les établissements dans le cadre de leurs activités principales et accessoires sont réparties par objet dans des centres d'activités. Chacun de ces centres est une entité regroupant des charges relatives à des activités ayant des caractéristiques et des objectifs similaires eu égard aux services rendus par l'établissement. Certains centres d'activités sont subdivisés en sous-centres.

Subdivisions des activités accessoires

Les activités accessoires se subdivisent en activités complémentaires et en activités de type commercial :

- Les activités accessoires complémentaires sont celles qui n'ont pas trait à la prestation de services reliés à la mission de l'établissement. Elles peuvent toutefois constituer un apport au réseau de la santé et des services sociaux. Les fonds nécessaires à l'autofinancement de ces opérations proviennent de l'agence, d'autres ministères, de régies gouvernementales, d'organismes publics, etc.;
- Les activités accessoires de type commercial regroupent toutes les activités de type commercial. Elles ne sont pas reliées directement à la prestation de services aux usagers.

Unités de mesure

Une unité de mesure est une donnée quantitative et non financière, compilée de façon spécifique pour un centre ou un sous-centre d'activités donné dans le but de fournir une indication de son niveau d'activités.

Un centre d'activités ou un sous-centre d'activités peut être appelé à mesurer ses données selon une ou deux unités de mesure, l'unité A et l'unité B. La définition des unités de mesure et le mode de compilation sont précisés dans chaque centre et sous-centre d'activités. Leur compilation permet à l'établissement d'établir un coût unitaire de production de produits ou de services relié aux coûts directs bruts ajustés lorsque l'on se réfère à l'unité A, alors que l'unité B permet de déterminer un coût unitaire de consommation, relié aux coûts directs nets ajustés.

Avoir propre

L'avoir propre correspond aux surplus (déficits) cumulés du fonds d'exploitation et est constitué des montants grevés et non grevés d'affectations. Il comprend les résultats des activités principales et accessoires.

L'avoir propre d'un établissement public ne peut être utilisé qu'aux fins de la réalisation de la mission d'un centre qu'il exploite selon l'article 269.1 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2). Toutefois, son utilisation peut être subordonnée à une approbation de l'agence.

L'utilisation de l'avoir propre à l'égard des montants non affectés ou de ceux grevés d'affectations ne doit pas, distinctement, avoir pour effet de rendre le solde de ces derniers déficitaires.

Note 3 : Présentation des données budgétaires

Les données budgétaires présentées à l'état des résultats ainsi qu'à l'état de la variation des actifs financiers nets (dette nette) sont préparées selon les mêmes conventions comptables que les données réelles et pour le même ensemble d'activités et d'opérations.

Elles représentent les données budgétaires adoptées initialement par le conseil d'administration le 23 avril 2013.

Les données budgétaires présentées à l'état des résultats ainsi qu'à l'état de la variation des actifs financiers nets (dette nette) sont celles relatives au fonds d'exploitation adoptées par le conseil d'administration le 23 avril 2013.

Les éléments suivants ont eu pour effet de modifier le budget adopté initialement de façon importante au cours de l'exercice :

Comparaison du budget initial avec le réel au 31 mars 2014

Fonds d'exploitation
Revenus

	Budget	Réel	Écart	Référence
Subvention Agence et MSSS	34 382 803	35 410 952	1 028 149	Note 1
Contribution des usagers	2 658 682	2 671 548	12 866	
Ventes de services et recouvrements	280 369	381 562	101 193	Note 2
Donations	0	0	0	
Revenus de placement	0	38 320	38 320	Note 3
Revenus de type commercial	0	153 303	153 303	Note 3
Autres revenus	391 700	177 894	(213 806)	Note 3
Total des revenus	37 713 554	38 833 579	1 120 025	

Charges

Salaires, avantages sociaux et charges sociales	27 026 770	28 050 725	1 023 955	Note 4
Médicaments	1 246 410	1 298 027	51 617	
Produits sanguins	471 337	379 076	(92 261)	
Fournitures médicales et chirurgicales	787 469	798 273	10 804	
Denrées alimentaires	361 900	440 168	78 268	
Rétributions versées aux RNI	0	1 723 196	1 723 196	Note 5
Frais financiers	9 500	0	(9 500)	
Entretiens et réparations	230 000	243 943	13 943	
Créances douteuses	0	2 711	2 711	
Loyers	599 888	599 888	0	
Amortissement des immobilisations	0	0	0	
Autres charges	7 288 499	5 438 209	(1 850 290)	Note 5
Total des charges	38 021 773	38 974 216	952 443	

Surplus (Déficits) de l'exercice (308 219) (140 637) 167 582

Note 1

Avance et récurrence ressources intermédiaires 237 541

Indexation spécifique	85 000	
IPS	(86 000)	
Programme d'accès à la chirurgie 12-13 et 13-14	(100 000)	
Ententes de conciliation et ententes physiothérapeutes	338 000	
Équité intrarégionale 13-14	400 000	
Compensation frais de surveillance	78 400	
Prêts de services	60 000	
Autres	235 000	
Variation des revenus reportés	(230 000)	
Total		1 017 941

Note 2

Recouvrements RH - entente CSSS Basques	98 250	
Total		98 250

Note 3

Les revenus de placement et les revenus de type commercial avaient été regroupés à la ligne autres revenus au formulaire budgétaire RR-446.

Note 4

Dépassement de la masse salariale en lien avec les mesures liées aux conventions collectives, primes et de l'équité salariale	200 000	
Dépassement du coût de la main-d'œuvre indépendante	91 000	
Coût de l'assurance - dépassement du budget	535 000	
Coût de la formation et de l'orientation plus élevé	86 000	
Total		912 000

Note 5

Les dépenses relatives aux rétributions versées aux RNI avaient été regroupées dans les autres charges au formulaire budgétaire RR-446.

Note 4 : Opérations entre apparentés

En plus des opérations entre apparentés déjà divulguées dans le rapport financier annuel, l'établissement est apparenté à tous les ministères et fonds spéciaux ainsi qu'à tous les organismes et entreprises contrôlés directement ou indirectement par le gouvernement du Québec ou soumis soit à un contrôle conjoint, soit à une influence notable commune de la part du gouvernement du Québec. L'établissement n'a conclu aucune opération commerciale avec ces apparentés autrement que dans le cours normal de ses activités et aux conditions commerciales habituelles. Ces opérations ne sont pas divulguées distinctement au rapport financier annuel.

Note 5 : Maintenance de l'équilibre budgétaire

En vertu des articles 3 et 4 de la Loi sur l'équilibre budgétaire du réseau public de la santé et des services sociaux (chapitre E-12.0001), un établissement doit maintenir l'équilibre entre ses revenus et ses dépenses en cours d'exercice financier et ne doit pas encourir de déficit en fin d'année financière. Selon les résultats fournis à la page 200 du rapport financier annuel AS-471 pour l'exercice clos le 31 mars 2014, l'établissement n'a pas respecté cette obligation légale.

Note 6 : Information complémentaire aux risques financiers

L'établissement est exposé à divers risques par le biais de ses instruments financiers. La direction a mis en place des procédés en matière de contrôle et de gestion des risques qui l'assurent de gérer les risques inhérents aux instruments financiers et d'en minimiser les impacts potentiels.

Risque de crédit

L'établissement est exposé au risque de crédit relativement aux actifs financiers comptabilisés à l'état de la situation financière.

L'établissement a déterminé que les actifs financiers l'exposant davantage au risque de crédit sont les autres débiteurs, étant donné que le manquement d'une de ces parties à ses obligations pourrait entraîner des pertes financières importantes pour l'établissement.

Le risque de crédit relatif à l'encaisse est considéré comme négligeable puisqu'elle est détenue dans une institution financière reconnue dont la notation externe de crédit est de bonne qualité.

Risque de liquidité

Le risque de liquidité de l'établissement est le risque qu'il éprouve des difficultés à honorer des engagements liés à ses passifs financiers. L'établissement est donc exposé au risque de liquidité relativement à l'ensemble des passifs financiers comptabilisés à l'état de la situation financière.

Note 7 : Obligations contractuelles

Les engagements de l'établissement comprennent ce qui suit :

L'établissement s'est engagé, d'après des contrats de location à long terme sur des bâtiments, à verser une somme minimale de 774 546 \$. Ces contrats échoient de juin 2014 à décembre 2021 et ne comportent aucune option de renouvellement. Les paiements minimums exigibles pour les cinq prochains exercices s'élèvent à :

434 033 \$ en 2015
146 149 \$ en 2016
64 788 \$ en 2017
64 788 \$ en 2018
64 788 \$ en 2019.

L'établissement s'est engagé (d'après des contrats de services d'équipement médical, de photocopieurs, de services téléphoniques et de transport_ à verser un montant de 976 350 \$ jusqu'en 2019. Les paiements minimums exigibles pour les cinq prochains exercices s'élèvent à :

797 293 \$ en 2015
108 036 \$ en 2016
58 049 \$ en 2017
8 082 \$ en 2018
4 890 \$ en 2019.

Note 8 : Dons reçus de la Fondation de la santé du Témiscouata

Un montant de 132 729 \$ a été confirmé en 2014 (109 000 \$ en 2013) pour l'achat d'équipements médicaux dans les différents sites.

Au 31 mars 2014, un montant de 1 632 \$ (0 \$ en 2013) est à recevoir de la Fondation de la santé du Témiscouata.

Nom de l'établissement

Cede

Page / Idn.

CSSS de Témiscouata

1104-3502

358-00 /

Fonds d'exploitation

exercice terminé le 31 mars 2014 - AUDITÉE

ÉTAT DES RÉSULTATS

	Budget	Activités principales	Activités accessoires	Total (C2+C3)	Exercice précédent
	1	2	3	4	5
REVENUS					
Subventions Agence et MSSS (P352)	1	34 382 803	35 251 611	159 341	35 410 952
Subventions Gouvernement du Canada (C2:P290/C3:P251)	2				33 932 176
Contributions des usagers (P301)	3	2 658 682	2 671 548	XXXX	2 671 548
Variées de services et recouvrements (P320)	4	290 369	381 562	XXXX	381 582
Donations (C2:P290/C3:P291)	5				322 289
Revenus de placement (P302)	6		38 320		38 320
Revenus de type commercial (P351)	7		XXXX	153 303	153 303
Gain sur disposition (P302)	8				153 568
...	9	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
...	10	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres revenus (P302)	11	391 700	177 994		177 894
TOTAL (L.01 à L.11)	12	37 713 654	38 520 935	312 644	38 833 579

CHARGES

Salaires, avantages sociaux et charges sociales (C2:P320/C3:P351)	13	27 025 770	27 887 754	162 971	28 050 725
Médicaments (P750)	14	1 246 410	1 298 027	XXXX	1 298 027
Produits sanguins	15	471 337	379 076	XXXX	379 076
Fournitures médicales et chirurgicales (P755)	16	787 459	795 273	XXXX	795 273
Denrées alimentaires	17	361 900	440 168	XXXX	440 168
Rétributions versées aux ressources non institutionnelles (P650)	18		1 723 196	XXXX	1 723 196
Frais financiers (P325)	19	9 500		XXXX	
Entretien et réparations (C2:P650 c/a 7800)	20	230 000	243 943		243 943
Créances douteuses (C2:P301)	21		2 711		2 711
Loyers	22	150 000	594 023	5 885	598 888
...	23	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres charges (P325)	24	7 758 987	5 335 578	101 831	5 438 299
TOTAL (L.13 à L.24)	25	36 021 773	38 703 749	270 457	38 974 216
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE (L.12 - L.25)	26	(308 219)	(182 814)	42 177	(140 837)

AS-471 - Rapport financier annuel

Gabarit LFRG-2014.1.0

Révisée: 2013-2014

Timbre valideur:

Rapport V 0.1